



Soziostrukturelle Ursachen für Gewalt in der Geburtshilfe

Eine Frage der Ethik?

Gesù Yael
Mourad Paula

Departement Gesundheit
Institut für Hebammen
Studienjahr: HB17
Eingereicht am: 01.05.2020
Begleitende Lehrperson: Hauser Regula

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Abstract

Gemäss aktuellem Forschungsstand sind viele Frauen weltweit von **Gewalt in der Geburtshilfe** betroffen. Die Ursachen dafür sind noch nicht ausreichend erforscht, was die Bewältigung der Problematik erschwert. Für eine umfassende Analyse muss das gegenwärtig vorherrschende Verständnis von Gewalt auf interpersoneller Ebene um die strukturelle und symbolische Dimension erweitert werden.

Die Arbeit geht folgender **Fragestellung** nach: «*Welche soziostrukturellen Ursachen werden von der Literatur für Gewalt in der Geburtshilfe beschrieben?*»

Es wird das **Ziel** verfolgt, mit den gewonnenen Erkenntnissen die Leitsätze des Internationalen Ethik-Kodex für Hebammen zu analysieren und zu diskutieren.

Zur Beantwortung der Fragestellung wird eine **themengeleitete Bachelorarbeit** verfasst. Aufbauend auf einer Literaturrecherche werden gesamthaft sieben Studien, Reviews und Fachberichte analysiert und deren Aussagen besprochen.

Es hat sich gezeigt, dass Gewalt in der Geburtshilfe von **gesellschaftlichen Normen**, wie Genderungleichheiten, und **strukturellen Bedingungen**, wie Ökonomisierung der Medizin, verursacht wird.

Gewalt in der Geburtshilfe stellt ein **Bruch mit dem Internationalen Ethik-Kodex** für Hebammen dar. Die Profession wird dazu aufgerufen, sich für die Bewältigung der Ursachen einzusetzen.

Keywords: *Gewalt in der Geburtshilfe, Gewalt gegen Frauen, Genderungleichheit, Medikalisierung, Ökonomisierung, Ethik, Menschenrechte*

Vorwort

Die vorliegende Arbeit orientiert sich am Leitfaden für Bachelorarbeiten des Studiengangs Hebamme der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (*Leitfaden Bachelorarbeit: BSc-Studiengang Hebamme*, 2015).

Für die sprachliche Gleichbehandlung der Geschlechter werden in der Arbeit geschlechtsneutrale Formulierungen oder Paarformen verwendet. Bei letzteren werden zuerst die weiblichen Bezeichnungen aufgeführt.

Des Weiteren soll darauf hingewiesen werden, dass laut der *International Confederation of Midwives* (ICM, 2017) die *Hebamme* eine Fachperson bezeichnet, welche eine anerkannte Ausbildung in der Hebammentätigkeit absolviert hat und dadurch fachliche Kompetenzen aufweist. Der Begriff umfasst somit Frauen und Männer.

Die Arbeit richtet sich primär an Gesundheitsfachpersonen, welche Kenntnis von geburtshilflichen Abläufen und Reproduktionsprozessen haben. Mithilfe eines Glossars und Abkürzungsverzeichnisses soll die Arbeit einem breiteren Publikum zugänglich gemacht und die Lesefreundlichkeit verbessert werden. Bei Erstnennung sind Begriffe, welche im *Anhang A: Glossar* erläutert werden, mit einem « * » gekennzeichnet, und Abkürzungen werden ausgeschrieben.

Die Bachelorarbeit widmet sich der Thematik *Gewalt in der Geburtshilfe*. Diese umfasst verschiedene Gewaltformen, welche von Gesundheitsfachpersonen ausgehen können und sich gegen Frauen im Reproduktionsprozess richten. Die Thematik kann verschiedene Gefühle und Assoziationen bei den Lesenden hervorrufen. Die theoretische Betrachtungsweise soll dazu beitragen, das Bewusstsein für die Anliegen zu stärken. Wertschätzung für die Gesundheitsfachpersonen wird dabei vorausgesetzt.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Vorwort	II
Inhaltsverzeichnis	1
1 Einleitung	4
1.1 Fragestellung und Zielsetzung	5
1.2 Arbeitsgliederung	6
2 Methode	7
3 Theoretischer Hintergrund	12
3.1 Gewalt	12
3.1.1 Gewalt gegen Frauen	14
3.1.2 Gewalt in der Geburtshilfe	15
3.2 Soziostrukturelle Einbettung	19
3.2.1 Geschlecht	19
3.2.2 Europäische Geschichte der Hebammen	22
3.2.3 Autoritatives Wissen	23
3.3 Ethik	24
3.3.1 Medizinethik	25
3.3.2 Berufsethik der Hebammen	27
4 Resultate	28
4.1 Bohren et al. (2015)	28
4.1.1 Zusammenfassung	28
4.1.2 Würdigung	30
4.2 Briceño Morales et al. (2018)	32
4.2.1 Zusammenfassung	32

4.2.2	Würdigung	33
4.3	Betron et al. (2018).....	36
4.3.1	Zusammenfassung	36
4.3.2	Würdigung	38
4.4	Bellón Sánchez (2014).....	38
4.4.1	Zusammenfassung	38
4.4.2	Würdigung	39
4.5	Cohen Shabot (2016).....	41
4.5.1	Zusammenfassung	41
4.5.2	Würdigung	41
4.6	Jewkes und Penn-Kekana (2015)	43
4.6.1	Zusammenfassung	43
4.6.2	Würdigung	43
4.7	Sadler et al. (2016).....	45
4.7.1	Zusammenfassung	45
4.7.2	Würdigung	45
5	Diskussion	48
5.1	Gender	49
5.1.1	Geschlechterstereotype	51
5.1.2	Objektifizierung	53
5.1.3	Gender und ökonomische Faktoren im Gesundheitswesen.....	54
5.2	Autoritatives Wissensgebiet	55
5.2.1	Paternalismus	59
5.2.2	Medikalisierung	61
5.3	Strukturelle Bedingungen	62
5.3.1	Ökonomisierung.....	64

5.3.2	Forschung	65
6	Schlussfolgerungen	66
6.1	Bezug Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen	67
6.2	Limitationen	70
	Literaturverzeichnis	71
	Abbildungsverzeichnis	87
	Tabellenverzeichnis	88
	Abkürzungsverzeichnis	89
	Wortzahl	91
	Danksagung	91
	Eigenständigkeitserklärung	92
	Anhang A: Glossar	93
	Anhang B: Literaturrechercheprotokoll	105
	Anhang C: Würdigungsinstrumente ausgewählter Arbeiten	107
	Anhang D: Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen	141

1 Einleitung

Eine wachsende Anzahl an Forschungsberichten kommt zum Schluss, dass viele Frauen weltweit von Respektlosigkeiten und Misshandlungen im *geburtshilflichen Setting** betroffen sind. Als Reaktion darauf veröffentlichte die *World Health Organization (WHO)* (2014b) eine Stellungnahme. Darin wird festgestellt, dass die respektlose und missbräuchliche Betreuung verschiedene Formen annehme und auf das Leben von Müttern und Kindern negative Auswirkungen habe. Zusätzlich werde das Recht der Frau auf eine bestmögliche Gesundheitsversorgung mit würdevoller und wertschätzender Betreuung, frei von Gewalt und Diskriminierung, verletzt. Die WHO (2014b) fordert zur Bewältigung der Problematik, dass Massnahmen auf politischer, gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Ebene getroffen werden. Denn obschon die Forschung ein beunruhigendes Bild der Lage zeichnet, sei die Wissenschaft bis anhin noch zu keinem Konsens bezüglich der Definition und somit der Erfassung des Phänomens gekommen.

Die Forschungsgruppe Bohren et al. (2019) hat in einer neueren Studie die Erfahrungen von Frauen in der *Geburtshilfe** in *Low- und Middle Income Countries** untersucht. Es wird festgestellt, dass mehr als ein Drittel der Frauen während der Geburt von unterschiedlichen Gewaltformen betroffen sind. Der grösste Anteil davon mache psychische und körperliche Misshandlung, gefolgt von Stigmatisierung und Diskriminierung aus.

Die Soziologin Christina Mundlos, für welche Gewalt unter der Geburt kein neues Phänomen darstellt, sondern vielmehr eines, über das bisher lange geschwiegen wurde (Haaf, 2018), äussert sich folgendermassen:

[Es] soll das Tabuthema 'Gewalt unter der Geburt' endlich angerührt werden. Kein Rechtsstaat, keine Demokratie kann es sich leisten, massenhaft systematische, psychische und körperliche Gewalt zu dulden oder zu ignorieren. Diese Gewalt darf nicht länger verschwiegen und als 'normal' betrachtet werden. (Mundlos, 2015, S. 16)

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

Um das Phänomen *Gewalt in der Geburtshilfe* (GiG) angehen zu können, ist von der Forschung eine einheitliche Definition, sowie die Darlegung der Ursachen, gefordert. Bis anhin zeigten sich diesbezüglich Schwierigkeiten, denn häufig beschränkt sich die Behandlung des Themas auf die interpersonelle Gewalt. Um GiG umfassend zu beleuchten, muss das Gewaltverständnis erweitert werden, da der sichtbaren interpersonellen Gewalt oftmals strukturelle Ursachen zugrunde liegen (Montesanti & Thurston, 2015). Die Öffnung der Sichtweise lässt zu, dass Gesundheitsfachpersonen* als viktimisierende Gruppe nicht mehr allein ins Zentrum der Problematik gestellt werden und umfassendere Diskussionen möglich werden (Savage & Castro, 2017). Daraus leitet sich die folgende **Fragestellung** für die Bachelorarbeit ab:

Welche soziostrukturellen Ursachen werden von der Literatur für Gewalt in der Geburtshilfe beschrieben?

Das Auftreten von GiG erstaunt umso mehr, wenn bedenkt wird, dass sich Gesundheitsfachpersonen ethischen Richtlinien verpflichten, welche einen würdevollen und respektvollen Umgang im Berufsleben verlangen. Für die Professionsgruppe der Hebammen gilt der Ethik-Kodex der *International Confederation of Midwives* (ICM, 2014a). Es lässt sich folgende **Zielsetzung** für die Bachelorarbeit ableiten:

Primär werden die soziostrukturellen Ursachen für Gewalt in der Geburtshilfe anhand einer themengeleiteten Arbeit eruiert. Darauf aufbauend sollen die Leitsätze des internationalen Ethik-Kodex für Hebammen mit den gewonnenen Erkenntnissen analysiert und diskutiert werden.

Hebammen sind mitverantwortlich, die Problematik GiG anzugehen. Dies zeigt sich sowohl in der Berufsethik, wie auch in den Berufsrollen nach CanMED (ZHAW, 2009). In der Rolle der *Professionsangehörigen* setzen sich Hebammen «[...] für die Gesundheit* und die Lebensqualität von Personen und der Gesellschaft ein» (ZHAW, 2009, S. 12). Ebenfalls achten sie als *Health Advocates* darauf, dass die

Gesundheitsförderung unter soziokulturellen Aspekten frauen-, kinder- und familiengerecht ist (ZHAW, 2009).

1.2 Arbeitsgliederung

Die Bachelorarbeit ist themengeleitet gestaltet und schliesst verschiedene Literaturdesigns aus Wissenschaftsbereichen wie der Medizin, Soziologie, Gender Studies und Philosophie ein. Dies dient einer möglichst differenzierten Betrachtung des komplexen Phänomens GiG.

Auf die **Einleitung** folgend wird im **Methodenteil** die Literaturrecherche beschrieben und die Auswahl der Arbeiten aufgezeigt. Der **theoretische Hintergrund** dient als Grundlage zum Verständnis der Thematik. Hier werden verschiedene Konzepte und Theorien zur Gewalt, dem soziostrukturellen* Kontext und der Ethik vorgestellt. Anschliessend wird ein Überblick über die **Resultate** der ausgewählten Arbeiten gegeben, welche in der **Diskussion** kritisch miteinander verglichen und mit dem theoretischen Hintergrund und der Fragestellung in Kontext gebracht werden. In der **Schlussfolgerung** soll die Fragestellung beantwortet und der Bezug zum Internationalen Ethik-Kodex für Hebammen (ICM, 2014a) gemacht werden.

2 Methode

Im folgenden Kapitel wird das methodische Vorgehen der Arbeit aufgezeigt. Es werden die Recherche und Auswahl von Literatur beschrieben und die Instrumente zur Würdigung der gewählten Texte vorgestellt. Eine detaillierte Übersicht der Literaturrecherche findet sich im *Anhang B: Literaturrechercheprotokoll*.

Die Bachelorarbeit ist themengeleitet gestaltet, da die aktuelle Studienlage für die Bearbeitung der Fragestellung nicht ausreichend ist. Zudem wird erst durch die Verwendung von weiteren Designs wie Fachartikeln und Expertenmeinungen eine vertiefte und umfassende Auseinandersetzung mit der Thematik GiG gewährleistet.

Zur Vorbereitung der **Literaturrecherche** wurde die Fragestellung¹ in drei Kernelemente aufgeteilt. Die daraus entstandenen Kategorien werden jeweils mit einem Überbegriff charakterisiert, welchem englischsprachige Synonyme und Unterbegriffe zugeteilt wurden (siehe Tabelle 1). Für die Literaturrecherche sind die englischen Begriffe aus den Kategorien als *Keywords** mittels *Bool'schen Operatoren** kombiniert und in folgenden Datenbanken eingespielt worden: CINAHL Complete, MEDLINE, PubMed und Sociological Abstracts. Diese wurden aufgrund ihrer geburtshilflich und soziologisch relevanten Inhalte gewählt.

Tabelle 1: *Eigene Darstellung der Suchbegriffe*

Elemente der Fragestellung	Keywords
Kategorie A: Soziostrukturelle Ursachen	structural, socio-structural, structural violence, social system, human rights, gender, childbirth movements, reproductive rights, culture, discrimination
Kategorie B: Gewalt	obstetric violence, violence against women, mistreatment of women, non-evidence-based practice, empowerment, power
Kategorie C: Geburtshilfe	childbirth, labour, delivery, reproduction, health care, health care system, parturition, obstetric care

¹ Welche soziostrukturellen Ursachen werden von der Literatur für Gewalt in der Geburtshilfe beschrieben? (S. 5)

Im Verlauf der Literaturrecherche mit den oben aufgeführten *Keywords*, die im Zeitraum von September 2019 bis Februar 2020 stattfand, wurde ein erster Überblick über die vorhandene Literatur gewonnen. Die Suchresultate zeigten verschiedene Aspekte auf, wovon einige für die Beantwortung der Fragestellung der Bachelorarbeit ungeeignet waren.

Zur Vereinfachung der Auswahl wurden folglich **Ein- und Ausschlusskriterien** aufgestellt (siehe Tabelle 2) und im Suchprozess erweitert.

Tabelle 2: *Eigene Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien*

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Phänomen in soziostrukturellem Kontext	Häusliche Gewalt
	Betrachtung des Phänomens ohne Ursachenanalyse
	Psychische Auswirkungen im Zentrum
	Fokus auf länderspezifischem Gesundheitssystem
Qualitative/ quantitative Studie, Review, Fachartikel, Expertenmeinung, soziologische/ philosophische/ ethische Analyse	Textsprache weder Deutsch noch Englisch

Das Veröffentlichungsdatum der Arbeiten stellte kein Ausschlusskriterium dar; vielmehr wurde die Aktualität und Relevanz der Literatur geprüft.

Ein Schwerpunkt, mit welchem sich einige Arbeiten aus den Suchresultaten auseinandersetzen, ist die *häusliche Gewalt**. Dieser Gesichtspunkt wurde aufgrund der Ausrichtung der Bachelorarbeit auf Gewalt, die sich im geburtshilflichen Setting abspielt, ausgeschlossen. Arbeiten, welche GiG ohne die Betrachtung von möglichen Ursachen beleuchten, wurden ignoriert, da sie zur Bearbeitung der Fragestellung der Bachelorarbeit ungeeignet sind. Weiter wurden keine Arbeiten berücksichtigt, welche psychische Auswirkungen von GiG auf Betroffene untersuchen und somit nicht primär soziostrukturelle Faktoren beleuchten. Die Evidenzlevel der Arbeiten werden angesichts der Komplexität der Thematik, dem soziostrukturellen Schwerpunkt und themengeleiteten Design der Bachelorarbeit nicht besprochen und gelten somit nicht als Ein- oder Ausschlusskriterium.

Mit dem **Auswahlprozess** der Literatur (siehe Abbildung 1) wurde ab einem Suchresultat von maximal vierzig Ergebnissen gestartet, da eine grössere Anzahl unübersichtlich wäre und allenfalls relevante Treffer übersehen werden könnten. Das

Vorgehen wurde mit verschiedenen Suchtermen wiederholt, bis in den Resultaten keine neuen relevanten Studien mehr auftraten. Für die Arbeiten, welche nach Prüfung der Abstracts verblieben, wurden die Volltexte gesucht und aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien, komplementierender Aspekte und der Relevanz für die Bachelorarbeit ausgewählt.

Um die beschriebene Literaturrecherche zu vervollständigen wurde Dr. Michael Gemperle² kontaktiert, welcher Vortragsfolien zur Thematik GiG mit Literaturhinweisen zur Verfügung stellte. Diese Hinweise wurden ebenfalls anhand des in *Abbildung 1* dargestellten Prozesses geprüft. Des Weiteren wurden die Referenzlisten von passenden Artikeln mittels Handrecherche durchsucht, um allenfalls relevante Arbeiten zu sichten und anhand des Auswahlprozesses zu prüfen. Abschliessend fiel die Entscheidung auf die sieben Arbeiten, welche in *Tabelle 3* aufgeführt sind.

Für die **kritische Würdigung** der sieben ausgewählten Arbeiten werden je nach Design unterschiedliche Instrumente angewendet. Im Spezifischen ist dies der *Tabelle 3*, sowie dem *Anhang C: Würdigungsinstrumente ausgewählter Arbeiten* zu entnehmen. Die Leitfragen, welche den Würdigungsinstrumenten zu entnehmen sind, wurden tabellarisch dargestellt. Zur umfänglichen Würdigung der sieben gewählten Arbeiten wurden die erstellten Vorlagen zusätzlich angepasst und durch weitere Leitfragen aus den bereits vorgestellten Instrumenten ergänzt. Auf Änderungen in den Tabellen wird hingewiesen.

² Dr. Michael Gemperle wurde als Soziologie- und Ethnologieexperte kontaktiert – Fächer, welche er neben Geografie an den Universitäten Basel, Freiburg und Montpellier studierte. An der ZHAW Winterthur ist er heute als *Senior Researcher* und Dozent tätig. Sein Forschungsschwerpunkt liegt in der beruflichen Sozialisation, Qualifikation und deren Entwicklung, den Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen und der politischen Ökonomie der Gesundheitsversorgung (ZHAW, 2020).

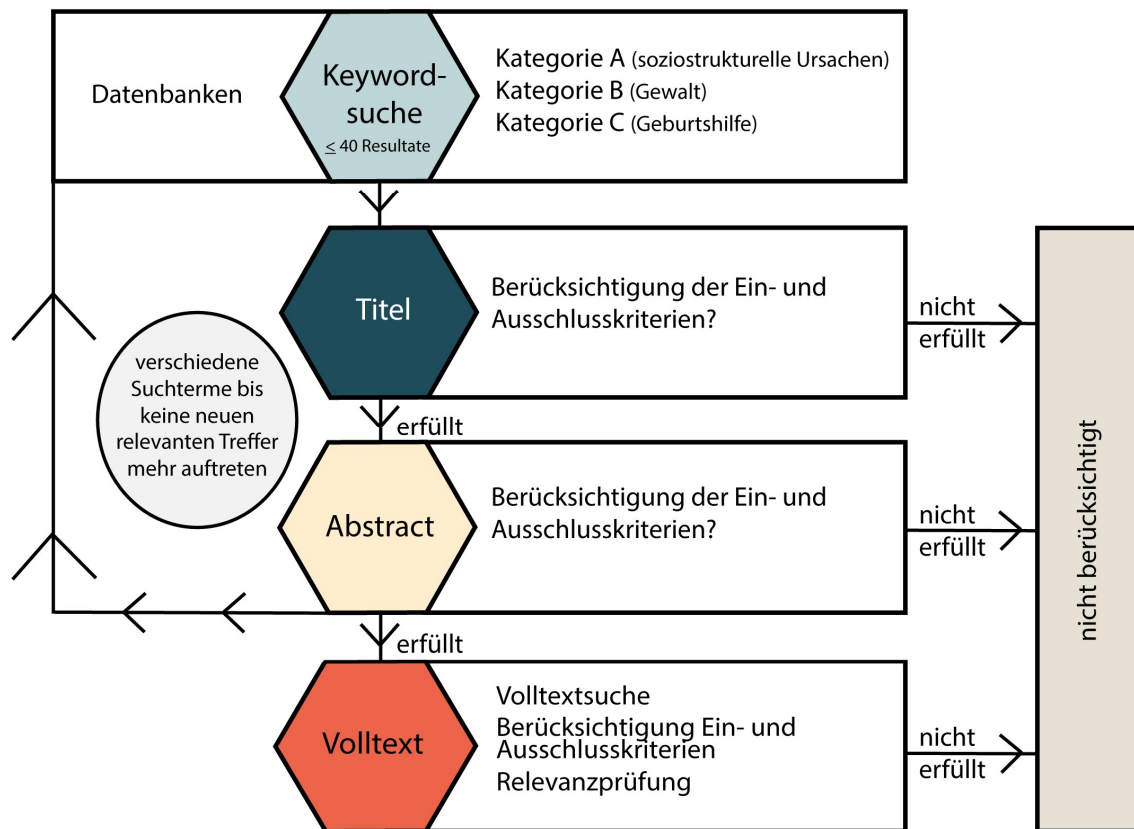


Abbildung 1: Eigene schematische Darstellung des Literaturauswahlprozesses

Tabelle 3: *Eigene Darstellung der sieben ausgewählten Arbeiten*

Autorinnen und Autoren	Titel	Design der Literatur & Würdigungsinstrument
(1) Bohren et al. (2015)	The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review	A Systematic Review QUOROM
(2) Briceño Morales et al. (2018)	Neither Medicine Nor Health Care Staff Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective	A Qualitative Study AICA
(3) Betron et al. (2018)	Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis	A Mapping Review CAIS, adaptiert mit AICA
(4) Bellón Sánchez (2014)	Obstetric Violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?	Master thesis – review and qualitative study CAIS und AICA kombiniert
(5) Cohen Shabot (2016)	Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence	Phenomenological Analysis CAIS, adaptiert mit AICA
(6) Jewkes & Penn-Kekana (2015)	Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women	A discussion, specialist article CAIS, adaptiert mit AICA
(7) Sadler et al. (2016)	Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence	A perspective, expert opinion CAIS, adaptiert mit AICA

3 Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden einige für das Verständnis von GiG relevante Begriffe, Konzepte und Theorien aufgezeigt und erläutert. In einem ersten Teil soll der Begriff der Gewalt geklärt und Konzepte dazu vorgestellt werden. Die Verwendung von GiG in der Bachelorarbeit wird definiert und Einblicke in historische und wissenschaftliche Hintergründe gegeben. In einem zweiten Schritt werden weitere soziale und geschichtliche Entwicklungen vorgestellt. Zuletzt werden die Konzepte der Medizinethik erläutert und mit dem Internationalen Ethik-Kodex für Hebammen (ICM, 2014a) in Verbindung gebracht.

3.1 Gewalt

Die WHO³ (2003) definiert Gewalt folgendermassen:

Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt. (S. 6)

Dieser Definition liegt zugrunde, dass gewaltsame Handlungen von einer viktimisierenden Person oder Gruppe ausgehen, und sie sich diesen Handlungen bewusst sind. Wichtige Dimensionen von Gewalt bleiben bei dieser Auslegung, die auch als *interpersonelle Gewalt* verstanden wird, unberücksichtigt. Die beiden nachfolgenden Konzepte betrachten Gewalt umfassender und sind für das Verständnis von GiG zentral.

³ Die WHO, zu Deutsch die Weltgesundheitsorganisation, wurde am 7. April 1948 gegründet und zählt heute 194 Mitgliedstaaten. Sie engagiert sich dafür, dass die gesamte Weltbevölkerung bessere Gesundheit erfährt und setzt sich auf unterschiedlichen Ebenen dafür ein. Eines der Ziele ist dabei die Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu senken (WHO, 2020a). Im Jahr 2015 sind weltweit schätzungsweise 303'000 Frauen vor, während oder kurz nach der Geburt verstorben, wobei mindestens 75% dieser Todesfälle vermeidbar gewesen wären (Alkema et al., 2016, S. 462).

Nach Galtung⁴ (1998) soll das Verständnis von Gewalt um das Konzept der *strukturellen Gewalt* erweitert werden: Es liegt immer dann Gewalt vor, wenn ein Mensch daran gehindert wird, sich voll zu entfalten. Somit fallen unter Gewalt nicht nur meist sichtbare interpersonelle und direkte Handlungen, sondern auch Diskriminierung und weitere für eine Person einschränkende Faktoren. Bei der *strukturellen Gewalt* ist eine genaue Bestimmung von Opfern und Tatusführenden oft nicht möglich. Dies liegt daran, dass Gewalt in soziale Strukturen integriert ist und somit als Lebensnorm verinnerlicht wird. Daraus resultiert, dass die Leidtragenden verschiedene Handlungen nicht zwingend als gewaltsam erleben und die Viktimisierenden nicht erkennbar gewaltsam handeln müssen.

Ein weiteres Konzept, welches eine zusätzliche Dimension von Gewalt aufzeigt, ist die *symbolische Gewalt* nach Bourdieu⁵ (2015, 2016). Der Begriff beschreibt eine Machtbeziehung, welche dadurch gekennzeichnet ist, dass Herrschende und Beherrschte in einem Gewaltverhältnis zueinanderstehen. Dies geschieht durch die Aneignung von *symbolischem Wert**, welchen sich die jeweiligen Gruppen im sozialen System zuschreiben. Dieses Verhalten wird in aller Regel unbewusst und unwillentlich ausgeführt. Es wird nicht von einem simplifizierten Fokus auf Viktimisierende und Leidtragende ausgegangen. Vielmehr wird festgehalten, dass die Herrschenden von ihrer Herrschaft beherrscht werden und die Unterdrückten durch Selbstzensur, Scham und Selbsterniedrigung ihren Teil zur Unterdrückung beitragen. Diese Definition impliziert eine Naturalisierung und fälschliche Legitimierung von Gewalt (Fröhlich & Rehbein, 2014; Schmidt & Woltersdorff, 2008).

⁴ Johan Galtung (*1930 in Oslo) ist ein Mathematiker und Soziologe, welcher sich mit der Friedensforschung und dem Gewaltbegriff beschäftigt. Als Sohn eines norwegischen Generals begegnete Galtung schon früh Konfliktlösungsstrategien und hegte zunehmend Zweifel an der Möglichkeit, dass Konflikte durch Gewalt gelöst werden können. Dies beeinflusste ihn dahingehend, dass er den Begriff der *strukturellen Gewalt* einführte (Susanne Kailitz, 2007).

⁵ Pierre Bourdieu (1930-2002) war ein französischer Soziologe, der zu Lebzeiten bedeutende Forschungsarbeit leistete und international anerkannte Bücher verfasste. Bourdieu hat unter anderem das Konzept des *Habitus* geprägt, in welchem er aufzeigt, dass die Freiheit des Menschen als Individuum begrenzt ist. Der *Habitus* stellt dabei das Medium dar, aus welchem Handlungen, Wahrnehmungen und Beurteilungen entspringen. Diese sind stark von früheren Erfahrungen und Normen abhängig und werden durch die Position, die das Individuum oder eine Gruppe innerhalb der Gesellschaftsstruktur einnimmt, geprägt. Ein *Habitus* formt sich folglich durch Verinnerlichung der Lebensbedingungen, sowie der spezifischen Stellung und Klasse eines Individuums in der Gesellschaft (Bohn & Hahn in Käsler, 2007).

3.1.1 Gewalt gegen Frauen

Die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte* der *United Nations Organization* (UNO)⁶ (1948) stellt den Grundsatz, dass alle Menschen mit unveräußerlichen Rechten und unantastbarer Würde geboren werden. Daraus abgeleitet entstand 1979 die *Frauenrechtskonvention*⁷ (CEDAW) mit dem Ziel, die Diskriminierung von Frauen zu beseitigen. Die CEDAW (1979) weist darauf hin, dass die Herabsetzung von Frauen die Grundsätze der Gleichberechtigung und die Achtung der Menschenwürde und somit die Menschenrechte verletzt⁸. Eine Form dieser Diskriminierung manifestiert sich als *Gewalt gegen Frauen**. Sie zeichnet sich durch genderspezifische Ursachen aus: Soziale Normen, in welchen die Machtverhältnisse zu Gunsten der Männer stehen, beeinflussen die Beziehung zwischen den Individuen. Solcher Kontrolle und Macht ausgesetzt zu sein, entmutigt Frauen und bestraft jene, die sich den Normen widersetzen (vgl. Kapitel 3.2.1). Diese Form von Gewalt kann bei jeglicher Interaktion von Individuen oder Menschengruppen⁹ auftreten (CEDAW, 2017).

⁶ Die UNO, zu Deutsch die *Organisation der Vereinten Nationen*, wurde 1945 nach dem Zweiten Weltkrieg (1939-1945) gegründet und zählt heute 193 Mitgliedstaaten. Sie setzt sich weltweit für Frieden und Sicherheit aller ein sowie für die Einhaltung der Menschenrechte durch die Mitgliedsstaaten (UNO, 2020).

⁷ Die Frauenrechtskonvention (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*) (CEDAW, 1979) ist eine Schrift der Menschenrechts-Vertragsorgane der UNO, welche im übergeordneten Sinn die Umsetzung der Menschenrechte überprüft.

⁸ Die *Allgemeine Empfehlung Nr. 35* der CEDAW beschreibt die Gewalt, welcher Frauen aufgrund ihres Geschlechts ausgesetzt sind, als *Gewalt gegen Frauen* und bezeichnet diese erstmals explizit als Diskriminierung und somit als Menschenrechtsverletzung (CEDAW, 2017).

⁹ Beispiel einer Interaktionsebene, in der Gewalt auftreten kann, ist die *häusliche Gewalt*. Stark (2010) beschreibt, dass Frauen von asymmetrischen Machtverhältnissen anders betroffen sind als Männer und somit die gegen Frauen gerichtete *häusliche Gewalt* immer eine andere ist, als jene, die sich gegen Männer richtet. Denn die beschriebene Haltung gegenüber Frauen beeinflusst Beziehungen im häuslichen Umfeld dahingehend, dass betroffene Frauen entmündigt werden und die Schwelle zur Gewaltanwendung gegen sie sinkt. Diese Annahme spiegelt sich in folgender Schweizer Statistik wider (BFS, Sektion Kriminalität und Strafrecht, 2019): Im Jahr 2017 waren rund 10'000 Personen von *häuslicher Gewalt* betroffen, davon 73% weibliche und 28% männliche; während die Prozentzahlen der Beschuldigten entsprechend gegenteilig ausfallen.

3.1.2 Gewalt in der Geburtshilfe

Gemäss der WHO (2014b) stellt GiG für die Gesellschaft weltweit ein Problem dar. Dieses Phänomen verstösst nicht nur gegen essenzielle Menschenrechte, sondern auch gegen das Recht der Frauen auf einen respektvollen Umgang in der Gesundheitsversorgung. Die WHO (2014b) erkannte in diesem Bereich dringenden Handlungsbedarf an. Daraufhin veröffentlichte sie ein wegweisendes Konzept mit konkreten Massnahmen zur Gewährleistung einer respektvollen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung im geburtshilflichen Setting.

Dem gingen verschiedene gesellschaftliche und politische Bewegungen voraus. Die WHO-Konzepte der *Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR)*¹⁰ legt die Menschenrechte auf Sexualität und Reproduktion aus. Das Ziel dabei ist es, allen Menschen die höchstmögliche Qualität an *sexueller und reproduktiver Gesundheit** zu gewährleisten, unabhängig vom Geschlecht, der sexuellen Orientierung oder anderen Marginalisierungsfaktoren. Damit postuliert die WHO, dass die sexuelle Gesundheit eines Menschen ein wichtiger Parameter für dessen Wohlergehen darstellt und somit Sache der Öffentlichkeit ist (WHO, 2020c).

Diese Überzeugung teilten Frauenbewegungen ab den 1970er Jahren und trieben so den gesellschaftlichen Diskurs zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit weiter voran. Sie sprachen unter anderem durch die *Medikalisierung** hervorgerufene Missstände in der Geburtshilfe an und propagierten die *natürliche Geburt** (Illich, 1982; Macdonald, 2006). Aus den Bewegungen entstanden verschiedene Aktivismusgruppen¹¹, welche sich gegen GiG einsetzen.

¹⁰ SRHR: Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (wörtliche Übersetzung)

¹¹ Anbei zwei Beispiele zu Aktivismusgruppen, welche sich in unterschiedlicher Art und Weise mit der Thematik GiG befassen:

- *Roses Revolution* wurde 2013 in Deutschland gegründet und setzt sich dafür ein, dass GiG anerkannt wird. Weiter wird ein achtsamer, empathischer und respektvoller Umgang mit den Familien gefordert. Der Aktionstag vom 25. November wurde ins Leben gerufen, an dem betroffene Frauen durch das Platzieren von Rosen vor ihrer geburtshilflichen Einrichtung auf das Erlittene aufmerksam machen (Roses Revolution CH, 2020).
- *Birthrights* wurde 2013 in England gegründet und befasst sich mit den Menschenrechten im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung von Frauen im Reproduktionsprozess. Die Organisation setzt sich für eine würdevolle, menschliche und individuelle Betreuung unter Berücksichtigung der Autonomie der Frau ein. Dazu werden Kampagnen lanciert, Informationsmaterial und Ratschläge für Frauen zur Verfügung gestellt und Weiterbildungen für Gesundheitsfachpersonen angeboten (Birthrights, 2020).

In Venezuela wurde erstmals ein Gesetz (2007) verfasst, welches *Obstetric Violence* (OV) explizit unter Strafe stellt und als eine Menschenrechtsverletzung taxiert. Der Gesetzestext definiert den Begriff OV als die Inbesitznahme des weiblichen Körpers und dessen Reproduktionsprozesse durch das Gesundheitspersonal. Diese Besitzergreifung äussere sich in entmenschlichender Behandlung, dem Missbrauch von Medikamenten und der *Pathologisierung** von natürlichen Prozessen. Infolgedessen verliere die Frau ihre Autonomie und die Fähigkeit, frei über ihren Körper und ihre Sexualität zu entscheiden (Pérez D'Gregorio, 2010).

Die gesellschaftlichen Entwicklungen zeigen sich auch in der Forschung zur Thematik GiG. Eine wegweisende Analyse wurde von Bowser und Hill (2010) verfasst. Sie teilten verschiedene Formen von GiG in sieben Kategorien ein und prägten so den englischen Begriff *Disrespect and Abuse in Childbirth* (D&A). Diese Kategorisierung diene weiterer Forschung als Grundlage und wurde unter anderem von der *White Ribbon Alliance*¹² (WRA) verwendet, um eine internationale Vereinbarung für *Respectful Maternity Care*¹³ (RMC) abzuschliessen (WRA, 2011). Darin werden sieben Rechte der Frau in der reproduktiven Phase aufgeführt (siehe

¹² Die *White Ribbon Alliance* (WRA) setzt sich weltweit für die Gesundheit und Rechte von Frauen in der Reproduktionsphase ein. Seit der Gründung des autonomen Netzwerkes steigt die Anzahl von Mitgliederinnen und Mitgliedern verschiedenster Herkunft und Hintergründe, wie lokale und internationale Organisationen, professionelle Verbände, staatliche Einheiten und akademische Institutionen. Die Forschungsarbeit zu verschiedenen Themen und die Verabschiedung von Vereinbarungen soll die Gesellschaft weltweit sensibilisieren und so eine positive Veränderung in der Geburtshilfe herbeiführen (WRA, 2020).

¹³ RMC, zu Deutsch *respektvolle Geburtshilfe*, ist der Begriff, welcher die WRA nutzt, um das Recht auf eine sichere Betreuung und Begleitung der Frau während des Reproduktionsprozesses zu beschreiben. Frauen, die dabei positive Erfahrungen machen, können gestärkt werden, während negative Erfahrungen, wie D&A, traumatisierend auf eine Frau und ihr Leben wirken können (WRA, 2020).

Abbildung 2). Basierend auf Bowser und Hill (2010) entwickelten Bohren et al. (2015) die Kategorien weiter und empfehlen anstelle von D&A den Begriff *Mistreatment of Women (MoW)*¹⁴ zu verwenden, welcher das Phänomen breiter erfasse (vgl. Kapitel 4.1).

Savage und Castro (2017) zeigen auf, dass die drei Konzepte rund um die Thematik GiG in unterschiedlichen Kontexten genutzt werden: Während D&A und MoW vorwiegend in globalen Studien Verwendung finden, wird OV nach wie vor primär in Lateinamerika eingesetzt. Zu unterstreichen sei, dass die Medikalisierung der natürlichen Geburt, Genderungleichheit, Parallelen zur *Gewalt gegen Frauen* und Menschenrechtsverletzung als Teil der Definition von GiG in allen drei Konzepten ist. Durch Bohren et al. (2019) folgte die Darstellung der *Inzidenz*^{*15} der verschiedenen Gewaltformen anhand von Kategorien. Sie zeigen auf, dass vier von zehn Frauen während der Geburt in Gesundheitsinstitutionen von Diskriminierung, Stigmatisierung, physischem oder psychischem Missbrauch betroffen sind.

Zusammenfassend zeigt sich, dass für GiG in der Literatur keine einheitliche Definition verwendet wird. In der Bachelorarbeit sollen dazu die oben ausgeführten Ansätze herangezogen werden: Gewaltformen, welche GiG annimmt, reichen von interpersoneller, über symbolische, bis hin zur strukturellen Gewalt und wirken sich negativ auf das persönliche Leben und die Gesellschaft aus. Die Gewalt, welche teilweise unbewusst ausgeübt wird, findet im geburtshilflichen Setting statt und geht vom gesellschaftlichen System, strukturellen Begebenheiten oder Gesundheitsfachpersonen aus. GiG stellt eine Form von *Gewalt an Frauen* dar und richtet sich in der Phase des *Reproduktionsprozesses** gegen sie, wobei der Fokus im Rahmen dieser Bachelorarbeit auf dem Zeitraum der *Geburt** liegt.

¹⁴ MoW, zu Deutsch *Misshandlung an Frauen*, bezieht sich in der Studie (Bohren et al., 2015) auf das geburtshilfliche Setting.

¹⁵ *Phänomen*: Gewalt in der Geburtshilfe; *Population*: Frauen während dem Geburtsprozess (mindestens 15 Jahre alt, Einwilligung vorhanden); *Zeitraumen*: Beginn ab einer Muttermundseröffnung von 6 cm bis zwei Stunden nach Geburt der Plazenta (Bohren et al., 2019).

D & A	Kategorien nach Bowser & Hill (2010)	Rechte der White Ribbon Alliance (2011)	R M C
	körperliche Misshandlung	Schutz vor Misshandlung und Schädigung	
	Behandlung ohne Zustimmung	Recht auf Information, informierte Zustimmung & Ablehnung und Respekt vor Entscheidungen & Präferenzen (Wahlfreiheit der Begleitpersonen eingeschlossen)	
	keine Vertraulichkeit bei Betreuung	Vertraulichkeit, Privatsphäre	
	Betreuung ohne Achtung der Würde (verbale Gewalt eingeschlossen)	Würde, Respekt	
	Diskriminierung aufgrund bestimmter Eigenschaften	Gleichberechtigung, gerechte Versorgung, Schutz vor Diskriminierung	
	Abbruch oder Verweigerung der Betreuung	rechtzeitige Gesundheitsversorgung und höchstmögliches Gesundheitsniveau	
	Festhalten in Einrichtungen	Freiheit, Autonomie, Selbstbestimmung, Schutz vor Nötigung	

Abbildung 3: *Eigene Darstellung der D&A-Kategorien im Zusammenhang mit RMC-Rechten nach der WRA (2011, S. 2)*

3.2 Soziostrukturelle Einbettung

Im Folgenden werden Entwicklungen und Theorien aus dem historischen und soziologischen Bereich vorgestellt, die dazu beitragen sollen, GiG im soziostrukturellen Kontext besser erfassen und einordnen zu können.

3.2.1 Geschlecht

Von soziologischer Seite wurden die Zustände in der Geburtshilfe schon mehrfach als Spiegelbild genderspezifischer Normen beschrieben, weshalb es wichtig ist, die Entstehung von GiG in diesem Kontext zu betrachten.

In den letzten Jahrzehnten wurde in wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Kreisen über den Zusammenhang zwischen den sozialen Einflüssen und biologischen Gegebenheiten in Bezug auf die beiden Geschlechter diskutiert. Die Konzepte *Sex* und *Gender*, welche mit *Geschlecht* übersetzt werden, wurden populärer und haben sich auch im deutschsprachigen Raum etabliert. Im herkömmlichen Sinne bezeichnet *Sex* das biologische Geschlecht eines Menschen, welches von mehreren Faktoren¹⁶ abhängig ist. *Gender* meint das soziale Geschlecht, welches sich in der Überzeugung und Identitätsauffassung der Menschen manifestiert (Butler, 1999; Fausto-Sterling, 2000). Diese Differenzierung in eine biologisch gegebene und eine sozial beeinflussbare Komponente von Geschlecht wurde in Theorien des *Feminismus** genutzt, um Ursachen für Ungleichheiten in den sozialen Normen aufzuzeigen (Becker, Kortendiek, & Budrich, 2010).

¹⁶ Darunter verstanden werden: Gonaden (Eierstöcke und Hoden), Chromosomen (X und Y), Hormone, äussere Geschlechtsmerkmale und Genitalien (Fausto-Sterling, 2000).

In den 1990er Jahren wird die Objektivität der Wissenschaft unter anderem von feministischer Seite hinterfragt. Es wird aufgezeigt, dass sich *Geschlechterstereotypen** in der Forschung widerspiegeln und häufig eine *androzentrische** Sichtweise vertreten wird¹⁷ (Butler, 1999; Criado-Perez, 2019; Harding, 1991; Martin, 1991; Schiebinger, 1999).

Den Geschlechtern bestimmte Eigenschaften zuzuschreiben, die auf vermeintlich wissenschaftlichen Erkenntnissen und einem dualistischen System basieren, ist zu hinterfragen. Die Auffassung der Geschlechter in einem nichtbinären System würde auch andere Identitäten als Frau und Mann zulassen und entspricht somit eher der Vielfalt und Subjektivität der Menschen (Butler, 1999; Fausto-Sterling, 2000; Laqueur, 2003; Plumwood, 2003).

Dennoch herrscht in der Gesellschaft eine dualistische Sichtweise der Geschlechter vor. Diese wirkt sich auf zwischenmenschliche Interaktionen aus¹⁸, indem die Übertragung genderspezifischer Vorstellungen auf einzelne Personen ermöglicht wird. Somit wird die Entstehung von *Sexismus** begünstigt, dem oft eine negative Bewertung von Frauen und frauenrelevanten Themen zugrunde liegt.

¹⁷ Ein bekanntes Beispiel hierzu stellt der von Emily Martin (1991) verfasste Artikel *«The Egg and The Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male- Female Roles»* dar. Die soziokulturelle Anthropologin zeigt auf, wie Genderrollen die Erklärung des Reproduktionsprozesses beeinflussen: Die grosse Eizelle treibt passiv den Eileitern entlang, während die schnittigen Spermien ihr Genmaterial abliefern und dabei eine bemerkenswerte Geschwindigkeit aufweisen. Die aktuelle Wissenslage widerspricht dieser Darstellung des Reproduktionsprozesses, der als eines von vielen Beispielen herangezogen wird, um aufzuzeigen, wie Genderrollen die Wissenschaft beeinflussen.

¹⁸ Die Untersuchung der *United Nation Development Programme* (UNDP, 2020) in 75 Ländern ermittelte, wie viel Prozent der Menschen Vorurteile gegenüber Frauen haben. Dabei wurden sieben vorurteilsbehaftete Aussagen gemacht, welche sich auf die politische und ökonomische Ebene, sowie die körperliche Integrität und Ausbildung von Frauen beziehen und denen zugestimmt oder widersprochen werden konnte. Lediglich 13,1% der Frauen und 9,4% der Männer stimmen keiner der sieben Aussagen zu. Zwei Beispiele für solche Statements sind (wörtlich übersetzt):

«*Frauen haben dieselben Rechte wie Männer*» (UNDP, 2020, S. 8).

«*Männer sind bessere politische Führungspersonen als Frauen*» – Zustimmung ca. 50% (UNDP, 2020, S. 8 /1).

«*Es ist gerechtfertigt, wenn ein Mann seine Partnerin schlägt*» – Zustimmung knapp 30% (UNDP, 2020, S. 8f.).

Solche Merkmalszuschreibungen müssen subjektiv keineswegs als gänzlich negativ aufgefasst werden (Eckes in Becker et al., 2010). So werden Frauen unter anderem Eigenschaften wie Ergebenheit, Freundlichkeit und Zurückhaltung zugeschrieben, welche positiv konnotiert sein können. Nach Bourdieu (2016) wirken sich solche Erwartungshaltungen, worin sich die weibliche Existenz besonders für und durch andere kennzeichnet, auf den Status der Frauen aus. Dies könne zu *Objektifizierung**, einer symbolischen Abhängigkeit und Verunsicherung führen. Diese können sich im Körper manifestieren und in Gehemmtheit, Scham und Unbehagen resultieren¹⁹. Diese negativen Gefühle erlebe die Frau umso mehr, wenn sie sich nicht entsprechend den sozialen Erwartungen wahrnimmt.

In der Bachelorarbeit wird *Gender* verwendet, um auf die gesellschaftlichen Vorstellungen und Erwartungen von Weiblichkeit, beziehungsweise Männlichkeit und den daraus entstehenden Folgen, aufmerksam zu machen. Dies geschieht im Bewusstsein, dass die dualistische Betrachtungsweise der Geschlechter problematisch ist und nicht alle Menschen erfasst. Dennoch stellt diese Kategorisierung die gesellschaftliche Norm dar, welche grösstenteils nicht hinterfragt wird und potenziell eine Rolle in der Entstehung von GiG darstellen kann (Butler, 1999; Fausto-Sterling, 2000).

¹⁹ Ein fundamentaler Grundsatz der Körpererfahrung stellt der Unterschied zwischen gross und klein dar. Dabei wird etwas Grossem mehr Platz eingeräumt. Gesellschaftlich betrachtet entspricht dies der Vorstellung, dass dem meist grösseren Mann die Herrscherrolle zusteht. Im dualistischen System stehen sich die Geschlechter gegenüber, wobei dem Mann eine überwachende, beschützende und behütende Rolle zukommt (Bourdieu, 2016).

3.2.2 Europäische Geschichte der Hebammen

Im nächsten Abschnitt soll ganz nach den Ansichten Helmuth Kohls (Deutscher Bundestag, 1995) ein kurzer Blick in die geschichtliche Entwicklung der Geburtshilfe in Europa geworfen werden, denn: *«Wer die Vergangenheit nicht kennt, kann die Gegenwart nicht verstehen und die Zukunft nicht gestalten»*²⁰ (S. 3183).

Bis zum 19. Jahrhundert lag die Geburtshilfe primär in den Händen von Hebammen, die lange Zeit die Spezialistinnen für die Gesundheit der Frauen waren (McIntosh, 2012; Schiebinger, 1999). Dies, obschon die Tätigkeiten und Ausbildung der Hebammen bereits ab Mitte des 15. Jahrhunderts ständiger Konformisierung durch Stadträte ausgesetzt waren. Zuvor, spätestens ab dem 13. Jahrhundert, standen die Hebammen unter der Kontrollmacht der Kirche und übernahmen auch verschiedene priesterliche Aufgaben²¹ (Loytved, 2001).

Zu Beginn des 17. Jahrhunderts entwickelte sich die Geburtshilfe vielerorts dahingehend, dass die an Universitäten ausgebildeten Ärzte und Chirurgen, die zuvor die Hebammen in geburtshilflich schwierigen Situationen unterstützten, ihre Einflussnahme ausweiteten. Dies geschah beispielsweise durch ihre massgebliche Mitgestaltung verschiedener Hebammenordnungen in den Städten und der Abnahme des Hebammenexamens als Zulassungsvoraussetzung. Dieser Wandel fand grösstenteils zu einer Zeit statt, als Mediziner und Chirurgen weder eine praktische noch fachliche Ausbildung in der Geburtshilfe hatten (Loytved, 2001).

In der Zeit um 1750 rückte die Geburtshilfe zunehmend ins Interessensfeld der Medizinwissenschaft und wurde so Teil ihrer Lehren. Dies hatte einen sozialen und intellektuellen Wandel zur Folge, da die Frauen und somit Hebammen aus der männlich dominierten wissenschaftlichen Gemeinschaft weitestgehend

²⁰ Bundestagsrede des ehemaligen deutschen Bundeskanzlers Helmuth Kohl (1930-2017) vom 1. Juni 1995 zur Geschichte der Vertreibung (Deutscher Bundestag, 1995, S. 3183).

²¹ Aufgaben, welche den Hebammen durch das Ablegen eines Eids beim Pfarrer übertragen wurden, waren das Darbringen von Taufsakramenten, Beten für sterbende Mütter, Abnehmen von Beichten, Anzeige von heimlichen Schwangerschaften oder nichtehelichen Kinder und die Förderung eines christlichen Lebenswandels in den Familien, die sie betreute. Somit führten Hebammen bis zum 15. Jahrhundert in besonderem Masse auch christliche Dienste aus (Loytved, 2001).

ausgeschlossen waren (Green, 2008; Loytved, Wahrig-Schmidt, & Universität Osnabrück, 1997).

Grosse Auswirkungen hatte die Entstehung der schulischen Hebammenausbildung²². Hebammenschülerinnen, welche zuvor durch Assistenz bei anderen Hebammen das Handwerk erlernten, wurden nun durch Ärzte in Theorie und Praxis ausgebildet²³. Damit war der Wissenstransfer von einer Hebamme zur nächsten unterbrochen, und die Gynäkologie und Geburtshilfe entwickelte sich unter männlicher Führung – ohne das Hinzuziehen der Expertise von Hebammen und Frauen – zum *autoritativen Wissensgebiet** (Green, 2008; Loytved, 2001).

3.2.3 Autoritatives Wissen

Als Synthese der beiden vorangegangenen Abschnitten sollen im Folgenden zwei Betrachtungsweisen aus der Soziologie, welche für das Thema GiG relevant sind, vorgestellt werden.

In der westlichen Gesellschaft hat die Wissenschaft mit ihrer Denkweise seit der Epoche der Aufklärung, den Ruf inne, einen neutralen Standpunkt zu bieten, und wird bis heute dafür geschätzt. So wird auch die Medizin als objektive Institution betrachtet, welche weder sozialen noch ideologischen Einflüssen unterliegt (Davis-Floyd & Sargent, 1997; Schiebinger, 1999).

²² Die Anerkennung von männlichen Ärzten in der Geburtshilfe und deren Monopolisierung war vielerorts ein langsamer Prozess. Dies lag einerseits daran, dass die Betreuung während der Geburt sehr nahe an der weiblichen Sexualität liegt und die Übernahme der Hebammentätigkeiten durch eine männliche Hand moralische Fragen aufwarf. Zudem genossen Hebammen in der Gesellschaft ein hohes Ansehen und wehrten sich teilweise auch gegen den drohenden Verlust ihrer Autonomie (Green, 2008).

²³ Loytved (2001) zur Verlagerung der Geburtsbetreuung von weiblichen Hebammen hin zu einer männlich dominierten Medizinwissenschaft in Lübeck zu Beginn des 19. Jahrhunderts: «[...] mit der Verschulung einen neuen Typ von Hebammen [schaffte], deren praktisches Können unter Aufsicht eines männlichen Geburtshelfers ausserhalb der durchschnittlichen häuslichen Bedingungen gelehrt wurde. Angehende Hebammen begegneten in ihrer Ausbildung nicht mehr Gebärenden, die – wie in den bürgerlichen Familien – das Geburtsgeschehen bestimmten, sondern nur noch Frauen ohne sozialen Rückhalt, die gegen Bezahlung zugesichert hatten, die an ihnen vorzunehmenden Massnahmen zu erdulden. Durch die Trennung der Ausbildungs- von den späteren Berufsbedingungen und durch den Wechsel zu einem Berufsfremden, der das Wissen vermittelte, wurde das Selbstbewusstsein in der Berufsgruppe reduziert.» (S. 103f.)

Foucault²⁴ (2001, 2011, 2014) setzte sich mit der historischen Entwicklung der Medizin auseinander und betrachtete diese nicht als Institution reines medizinischen Wissens. Er vertrat die Meinung, dass die Medizin durch ihre Geschichte und Einbettung in politische und ökonomische Systeme beeinflusst wird. So würden medizinische Einrichtungen auch nichtmedizinische Aufgaben ausüben, wie die Überwachung und Disziplinierung von Menschen oder Naturalisierung von Moral.

Durch das hohe Ansehen, welches der Medizin durch die Wissenschaft und den Einsatz von technischen Mitteln verliehen wird, hat sie sich als System autoritativen Wissens etabliert (Davis-Floyd & Sargent, 1997). Dieses wird primär durch Gesundheitsfachpersonen verkörpert und legitimiert somit die Untergrabung des Wissens der gebärenden Frau dahingehend, dass ihre Aussagen, Empfindungen und ihr Verhalten kontrolliert werden dürfen. Mittel dafür sind beispielsweise körperliches Einschränken, die Erteilung von Befehlen, Zusprache bei erwünschtem Verhalten, das Vorgeben von Empfindungen und die Ansprache in einem kindlichen Ton²⁵.

3.3 Ethik

Die normative Ethik* umfasst Normen und Regeln der Gesellschaft, welche die Menschen dazu anleiten, gut und richtig zu handeln. Die Einhaltung dieser Prinzipien kann bewusst oder unbewusst geschehen und wird von einer Generation an die nächste weitergegeben (Haerle, 2018; Höffe, Forschner, Horn, & Vossenkuhl, 2008).

²⁴ Michel Foucault (1926-1984) war ein französischer Soziologe, der sich unter anderem mit der Entstehung der klinischen Medizin und Geschichte der Sexualität befasste. Dabei folgte er immer der philosophischen Frage nach den vielfältig wirkenden und sich verändernden Vorstellungen des Subjekts als Gegenstand von Erkenntnissen und Praktiken. Mit seinen gegenwartsbezogenen Analysen und seiner Auseinandersetzung mit den Humanwissenschaften wurde er zu einem der bedeutendsten Soziologen der Neuzeit. Ein zentrales Element seines Schaffens ist die Thematik der Macht, wozu er verschiedene analytische Werke verfasste. Auf ihn geht auch das Konzept der *Biopolitik* zurück. Dieses zeichnet sich dadurch aus, dass eine Menschengruppe durch die Regulierung ihrer biologischen Prozesse kontrolliert werden soll (Keller in Käsler, 2005).

²⁵ Die Soziologin Robbie Davis-Floyd (*1951) und die medizinische Anthropologin Carolyn Sargent (*1947) analysierten anhand eines filmisch festgehaltenen Geburtserignisses die Dynamiken zwischen den involvierten Personen: In einem Ausschnitt gibt die gebärende Frau an, dass sie das Verlangen zu Pressen verspüre. Sie wird von der betreuenden Pflegerin angewiesen, diesem Gefühl nicht nachzugeben und setzt verschiedene Mittel ein, um die Gebärende unter Kontrolle zu halten. Erst der Arzt, welcher hinzugerufen wird, gibt der Pflegerin die Erlaubnis, dass die Frau aktiv mitpressen darf. Dabei lässt sich beobachten, dass der Arzt, welcher die autoritäre Position innehat, das Geschehen massgebend beeinflusst, während die gebärende Frau nur wenig Einflussnahme auf die Situation hat (Davis-Floyd & Sargent, 1997).

3.3.1 Medizinethik

Die Grundpfeiler der Medizinethik stellen die vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress (2013) dar: Autonomie, Nicht-Schaden, Gutes-Tun und Gerechtigkeit. Die Orientierung daran kann in der Praxis Dilemmata auslösen.

Parallel zur Entwicklung der Medizin und der Fachrichtung der Geburtshilfe brachte die Medizinethik einen neuen Ansatz hervor, der dieses Konfliktpotenzial beleuchten soll. Entgegen dem ärztinnen- sprich ärztezentrierten Ansatz, welchem die *autoritative Ethik** zugrunde liegt, entwickelte sich der patientinnen- sprich patientenzentrierte Ansatz basierend auf der *libertären Ethik** (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Der libertären Haltung liegt zugrunde, dass der Mensch grundsätzlich frei und unabhängig ist und dessen Entscheidungsmacht nicht eingeschränkt werden darf. Dies zeigt sich in der Auffassung des Konzepts der *informierten Entscheidung** als *Informed Choice** (Koerfer & Albus in Busch & Spranz-Fogasy, 2015).

Aus der Kritik beider beschriebenen Sichtweisen entwickelte sich die *Diskursethik**. Dabei gewann die Zusammenarbeit zwischen der betroffenen Person und der Gesundheitsfachperson zunehmend an Wichtigkeit. Daraus ging das Konzept des *Shared-Decision-Makings* hervor, worin die Agierenden einander auf Augenhöhe begegnen und Entscheidungen zum bestmöglichen Vorgehen gemeinsam getroffen werden. Die Autonomie beider Parteien wird berücksichtigt, womit die Verantwortung gemeinsam getragen wird. Im Spezifischen soll die Gesundheitsfachperson alle Optionen und deren Evidenzen aufzeigen, wobei die Präferenzen der betroffenen Person berücksichtigt werden. Für die Benennung der Therapietreue*, hat sich innerhalb der Diskursethik der Begriff *Adherence*²⁶ etabliert, welcher *Compliance*²⁷ aus der *autoritativen Ethik* ablöst (Koerfer & Albus in Busch & Spranz-Fogasy, 2015). Sabaté und die WHO (2003) beschreiben, dass *Adherence* auf der *informierten Entscheidung* aufbaut, während die *Compliance* von den betroffenen Personen ungeachtet derer Wünsche umgesetzt werden soll. Die Beteiligung im

²⁶ Adherence: aus dem Englischen für Einhaltung, Beachtung, Befolgung

²⁷ Compliance: aus dem Englischen für Einhaltung, Beachtung, Unterwürfigkeit

Entscheidungsfindungsprozess, und somit der Diskurs beider Parteien, scheint jedoch eine Voraussetzung für die effektive klinische Praxis zu sein.

	Paternalismus	Kooperation (shared decision)	Dienstleistung (informed choice)
Ethik	Autoritative Ethik	Diskursethik	Libertäre Ethik
Beziehung	ärztinnen- / ärztezentriert	beziehungscentriert	patientinnen- / patientenzentriert
Rolle der Ärztin / des Arzts	Wächterin, Samariterin / Wächter, Samariter	Partnerin / Partner	Dienstleisterin, Verkäuferin / Dienstleister, Verkäufer
Themenfokus	biomedizinisch	biopsychosozial	biomedizinisch
Richtung	monodirektional Ärztin, Arzt (A) → Patientin, Patient (P)	beidseitig A ↔ P	monodirektional P → A
Strategie / Einstellung	Zwang → Gehorsam	Dialog → Überzeugung	Manipulation → Überredung
Information	Monolog: Vermittlung und Rezeption von Teilinformationen	Dialog: Hinreichende Wissensvermittlung und wechselseitiges Verstehen	Interrogation: Selektiver Wissenserwerb durch Frage-Antwort-Muster
Entscheidung	Instruktion: Anordnung bzw. Verordnung (eb) nach ärztlicher Vorwahl	Deliberation: evidenz-basierte (eb) und präferenz-basierte (pb) Optionen	Suggestion: Werbung und Kontrakt, Angebot und Nachfrage von (pb) Optionen
Verantwortung	Fremdkontrolle: bis zur persönlichen Abhängigkeit des P von A (compliance)	Gemeinsame Kontrolle: in gegenseitigem Vertrauen bei beidseitiger Autonomie (adherence)	Selbstkontrolle: bis zur Autarkie von P bei Autonomieverlust von A

Abbildung 4: *Eigene Darstellung verschiedener Grundprinzipien der Medizin nach Koerfer und Albus in Busch und Spranz-Fogasy (2015, S. 121)*

3.3.2 Berufsethik der Hebammen

Ethik bietet Professionen im Rahmen der Berufsethik Leitvorstellungen, welche Grundhaltung gelebt werden soll und wie die berufsspezifischen Tätigkeiten auszuführen sind. Diese Grundsätze werden in Form von Richtlinien in einem Kodex festgelegt, welcher für Professionsangehörige gilt und die Berufsidentität stärkt. Die Berufsethik der Hebammen baut auf jener der Medizin auf (Hiemetzberger, 2016).

Um explizit auf den Berufsstand der Hebammen einzugehen, hat die ICM²⁸ 1993 die Berufsethik der Hebammen in Form des *International Code of Ethics for Midwives (ICEM)* publiziert und seither mehrmals aktualisiert²⁹ (ICM, 2014a). Der ICEM beinhaltet Leitsätze, welche zum Erreichen des übergeordneten ICM-Ziels (vgl. Fussnote **Fehler! Textmarke nicht definiert.**) beitragen, und beschreibt, dass ihnen die Berücksichtigung der Menschenrechte und Prinzipien einer respektvollen Beziehung als Basis zugrunde liegen (ICM, 2014a).

Der ICEM gliedert sich in vier Unterkapitel, welche beschreiben, (I) wie Hebammen professionelle Beziehungen gestalten, (II) mit welchen Grundsätzen sie arbeiten, (III) wie dabei professionell mit Verantwortung und vertraulichen Daten umgegangen und (IV) wie das Hebammenwissen gefördert und aktualisiert wird.

²⁸ Die ICM unterstützt und repräsentiert seit 1954 Hebammen weltweit in 121 Länder. Ziel der ICM ist es, die Gesundheitsversorgung von Frauen, Neugeborenen und deren Familien weltweit zu verbessern, was mit der Förderung der Hebammenprofession erreicht werden soll. Damit dies gelingt, arbeiten sie eng mit verschiedenen internationalen Organisationen, wie der WHO, *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), *International Pediatric Association* (IPA) und der *International Council of Nurses* (ICN) zusammen (ICM, 2018).

²⁹ Der Schweizerische Hebammenverband (SHV) übersetzte den ICEM erstmals im Jahr 1994 und veröffentlichte diesen mit dem Titel *Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen* (SHV, 1994). Der SHV ist der Berufsverband der Hebammen in der Schweiz und wurde 1894 gegründet. Er fördert seit jeher die unabhängige, qualitativ hochstehende und attraktive Hebammenarbeit. Der Verband setzt sich dafür ein, dass jede Frau eine Hebammenbetreuung hat, autonom ist und für sich selbst entscheiden kann. Die Hebamme ist dabei als unabhängige Expertin zu verstehen, die vernetzt arbeitet und sich für Frauen und Familien einsetzt (SHV, 2020).

4 Resultate

In folgendem Kapitel werden die sieben ausgewählten Arbeiten vorgestellt, zusammengefasst und gewürdigt. Eine detaillierte Studienbeurteilung anhand der Würdigungsinstrumente ist dem *Anhang C: Würdigungsinstrumente ausgewählter Arbeiten* zu entnehmen.

4.1 Bohren et al. (2015)

Die Forschungsgruppe Bohren et al. (2015) hat ein systematisches Review mit dem Ziel verfasst, eine einheitliche Definition für das Auftreten von MoW im geburtshilflichen Setting zu erstellen. Um das Phänomen vollumfänglich zu erfassen, wurden Evidenzen zu den Aspekten und möglichen Ursachen in Studien gesucht.

4.1.1 Zusammenfassung

Basierend auf Bowser und Hill (2010) definierten Bohren et al. (2015) aufgrund der Ergebnisse aus den qualitativen Studien **sieben Kategorien** von MoW (siehe Tabelle 4).

Das Review beleuchtet Faktoren, welche potenzielle Antreiber für MoW darstellen (siehe Abbildung 5): Zum einen sei dies die Machtausübung durch Gesundheitsfachpersonen, welche vom **hierarchisch und autoritär** organisierten Kliniksetting legitimiert werde. Zum anderen werde MoW durch die **Haltung der Gesundheitsfachpersonen**, welche Gefallen an der Machtausübung fänden, gefördert. Zusätzlich würden **strukturelle Bedingungen** wie tiefe Löhne und personelle Unterbesetzung das Auftreten von MoW begünstigen.

Bohren et al. (2015) zeigen auf, dass MoW in verschiedenen Formen auf zwischenmenschlicher Ebene auftritt und von strukturellen Gegebenheiten beeinflusst wird. Die Empfehlung der Forschungsgruppe ist es, den Begriff «*Mistreatment of Women*» zu verwenden, da dieser das Phänomen umfänglicher erfasse, so dessen Verständnis fördere und einheitliche Forschung möglich mache.

Tabelle 4: *Eigene Darstellung der sieben Kategorien nach Bohren et al. (2015, S. 7)*

Kategorien	Unterthemen	Resultate der Studien
(1) Körperliche Misshandlung	Gebrauch von Gewalt	Frauen werden geschlagen oder gekniffen während der Geburt
	Körperliche Einschränkung	Frauen werden am Bett festgehalten oder geknebelt
(2) Sexuelle Misshandlung	Sexuelle Misshandlung	Sexuelle Misshandlung oder Vergewaltigung
(3) Verbale Misshandlung	Strenge Ausdrucksweise	Strenge oder rücksichtlose Ausdrucksweise
		Wertende oder vorwurfsvolle Kommentare
	Androhung und Schuldzusprechung	Androhung eine Behandlung vorzuenthalten oder Androhung von schlechtem Outcome
		Schuldzusprechung für schlechtes Outcome
(4) Stigma und Diskriminierung	Diskriminierung aufgrund von soziodemografischen Charakterzügen	Diskriminierung aufgrund von Ethnie, Religion
		Diskriminierung aufgrund von Alter
		Diskriminierung aufgrund des sozioökonomischen Status'
	Diskriminierung aufgrund von medizinischen Fakten	Diskriminierung aufgrund des HIV-Status'
(5) Nichteinhaltung professioneller Standards	Mangel an Informed Consent und Vertraulichkeit	Nicht ausreichender Informed-Consent-Prozess
		Verletzung der Vertraulichkeit
	Unsachgemäße Durchführung von physischen Untersuchungen und Verfahren	Schmerzhafte Vaginaluntersuchung
		Verweigerung Schmerztherapie unter der Geburt anzubieten
		Durchführung von Operationen ohne Einwilligung
	Vernachlässigung und Ablehnung	Vernachlässigung, Ablehnung oder lange Verzögerung
		Gesundheitsfachperson bei Geburt nicht anwesend
(6) Schlechte Beziehung zwischen Frau und Gesundheitsfachpersonen	Unzureichende Kommunikation	Schlechte Kommunikation
		Zurückweisung der Anliegen der Frau
		Sprach- und Interpretationsprobleme
		Schlechte Haltung der Gesundheitsfachperson
	Mangel an Unterstützung	Mangel an Unterstützung von Gesundheitsfachpersonen
		Ablehnung oder Mangel von Begleitung während des Geburtsprozesses
	Autonomieverlust	Frauen werden als passive Teilnehmer während der Geburt behandelt
		Verweigerung von Nahrungsmitteln, Flüssigkeiten, Bewegung
		Wünsche der Frau bezüglich Geburtsposition werden nicht berücksichtigt
		Ablehnung von sicheren traditionellen Methoden
		Frau wird als Objekt behandelt
		Einsperrung in der Klinik
(7) Bedingungen und Einschränkungen des Gesundheitssystems	Mangel an Ressourcen	Technischer Zustand der Klinik
		Zu wenig Personal
		Zu wenig Materialien
		Mangel an Privatsphäre
	Mangel an Weisungen	Mangel an Schadensersatz
	Betriebliche Kultur	Bestechung und Erpressung
		Unklare Vergütungsstruktur
		Unangemessene Forderungen des Gesundheitspersonals an die Frau

4.1.2 Würdigung

Bohren et al. (2015) stellen in der Arbeit eine klare Zielsetzung vor, die als Leitfaden dient, da eine Forschungsfrage nicht explizit formuliert wird. Das methodische Vorgehen ist ausführlich und nachvollziehbar beschrieben: Es wird eine umfassende Literaturrecherche aufgeführt, die Studiaauswahl begründet und deren Würdigungsinstrumente besprochen. Die Forschenden nutzten Inter- und Supervision zur Reflexion und Qualitätssicherung, was die Verlässlichkeit der Aussagen fördert. Die Güte der einzelnen Resultate aus den qualitativen Studien wird mittels CERQual (Lewin et al., 2015)³⁰ bewertet, um die Vertrauenswürdigkeit einzuschätzen. Überthemen werden genutzt, um die Ergebnisse aus den Studien, welche mit aktueller Literatur in Kontext gebracht werden, verständlich darzustellen (siehe Tabelle 4). Die Forschungsgruppe deklariert, dass die Resultate der wenigen quantitativen Studien, welche die Prävalenz von MoW aufzeigen sollten, aufgrund grosser Heterogenität nicht für die Erstellung einer Metaanalyse genutzt werden konnten. Jene Ergebnisse zeigen für die Fragestellung der Bachelorarbeit keine Relevanz und werden aufgrund der unzureichenden Qualität nicht genutzt, weshalb die Kategorie (2) *sexuelle Misshandlung* für die Bearbeitung ausgeschlossen wird. Das Review (Bohren et al., 2015) betrachtet MoW im hierarchischen System und zeigt auf, dass eine einheitliche Definition eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Situation im geburtshilflichen Setting darstellt.

³⁰ CERQual kurz für *Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research* (Lewin et al., 2015).

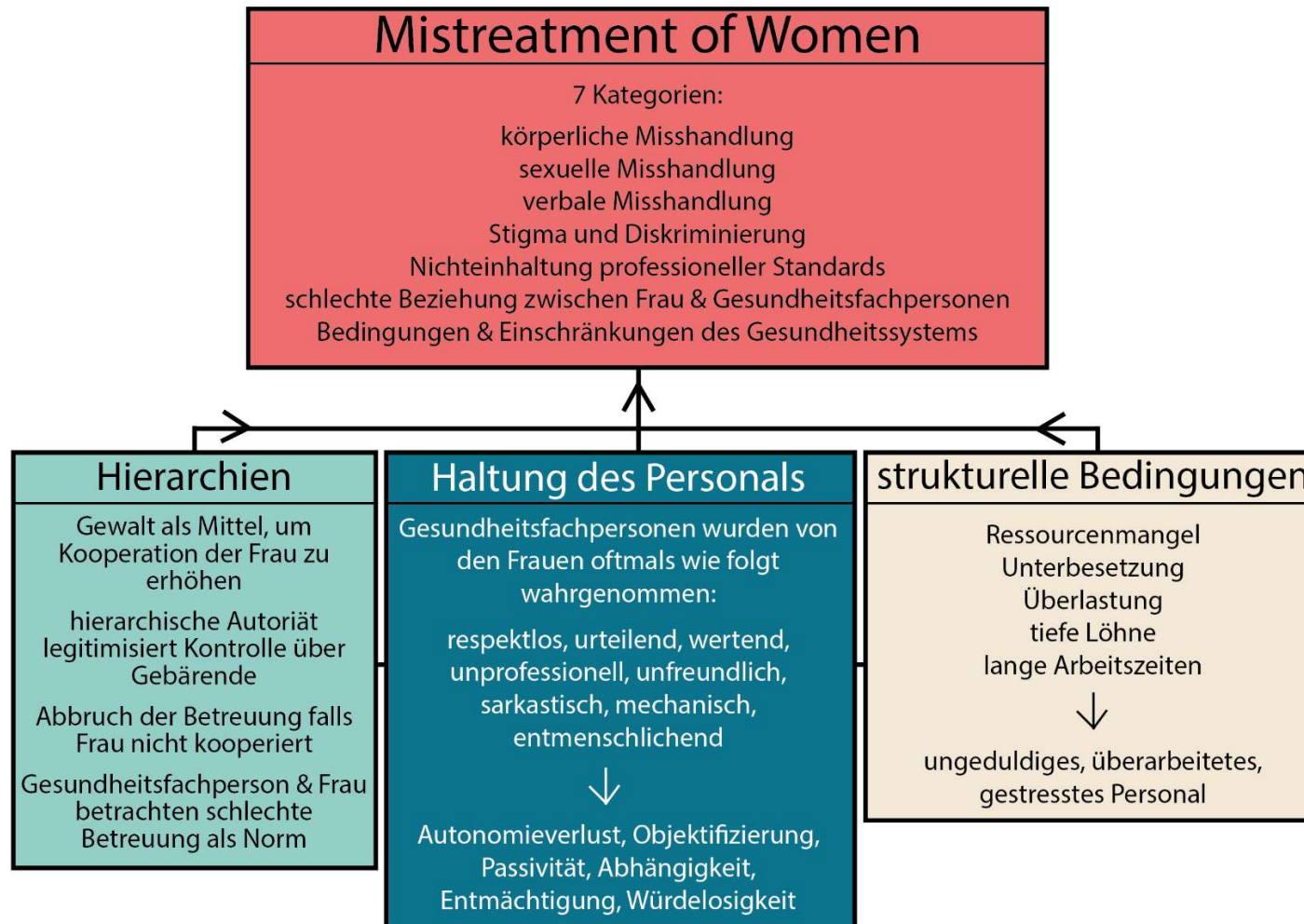


Abbildung 5: Eigene Darstellung der Resultate von Bohren et al. (2015)

4.2 Briceño Morales et al. (2018)

Die qualitative Studie von Briceño Morales, Enciso Chaves, und Yepes Delgado (2018) setzt sich mit dem Konzept OV auseinander. Der Fokus liegt auf der Erforschung des Phänomens im politischen, sozialen und ökonomischen System. Dazu werden teilstrukturierte Interviews zu Geburtserlebnissen von Frauen aus Kolumbien geführt.

4.2.1 Zusammenfassung

In der Arbeit von Briceño Morales et al. (2018) wurden basierend auf den Interviewaussagen fünf Hauptkategorien erstellt, welche dazu dienen sollen, Faktoren der Geburtshilfe, welche von Frauen als ursächlich für OV betrachtet werden, zu erfassen (siehe Abbildung 6).

Der **autoritäre medizinische Habitus** beschreibt die Ungleichheit zwischen dem Gesundheitspersonal und der Frau als sozialen Faktor, welcher durch eine vertikale Machtbeziehung charakterisiert ist. Die Kategorie **Naturalisierung von sozialer Gewalt** ist dadurch gekennzeichnet, dass Frauen aufgrund der sozialen Hierarchie, in der sie einen tieferen Status haben, mehr Gewalt erleben als Männer. Diese Hierarchie repliziert sich in der Betreuung durch die höher gestellten Gesundheitsfachpersonen.

Zwei Faktoren können laut den Interviewten für die Ursache **des ungerechten Gesundheitssystems, welches Machtbeziehungen begünstigt**, ausgemacht werden: Zum einen sei dies die historische Entwicklung des Gesundheitssystems und der kolumbianischen Gesellschaft – Segregation und Diskriminierung darin führen zu Menschenrechtsverletzung. Zum anderen untergrabe die Beziehung der Gesundheitsfachpersonen zur gebärenden Frau menschliche Aspekte in der Betreuung.

Betroffene Frauen nutzen verschiedene **Bewältigungsstrategien im Umgang mit OV** wie Verharmlosung oder Verdrängung des Erlebten. Mit **«Angst durchdringt Alles»** werden Gefühle zusammengefasst, welche auf das Verhalten und die Selbstwahrnehmung der Betroffenen und somit auf den Geburtsprozess negativ Einfluss nehmen. Die Aussagen dienen dazu, OV als System konzeptuell zu erfassen und aufzuzeigen (siehe Abbildung 7).

4.2.2 Würdigung

Im Folgenden wird die Studie (Briceño Morales et al., 2018) mittels den Gütekriterien nach Steinke (1999) beurteilt. Die gewählte Methode *Grounded Theory** eignet sich zur Bearbeitung des formulierten Ziels³¹. Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit wird durch das Fehlen einer Fragestellung und die lückenhafte Beschreibung verschiedener Arbeitsschritte gemindert. Bei der Durchführung der Interviews wird ein respektvoller und interessierter Umgang beschrieben und gegenüber den Interviewten betont, dass ihre Sichtweise im Mittelpunkt stehen soll, was einer reflektierten Subjektivität entspricht. Es ist jedoch unklar, von wem die Befragungen geleitet und ob Hilfsmittel eingesetzt wurden. Letzteres wirkt sich auf die Nachvollziehbarkeit der Transkription aus. Für die Datenanalyse wurden Triangulation und theoretische Sättigung angewendet, welche der Kohärenz dienen. Diese wird auch dadurch gestärkt, dass die Resultate empirisch verankert sind, womit sich die Kategorien verifizieren lassen. Limitiert wird die Aussagekraft der Studie von Briceño Morales et al. (2018) dadurch, dass die Verfassenden keinen sozialwissenschaftlichen Hintergrund aufweisen, was offengelegt wird. Als weitere Limitation wird gesehen, dass die Untersuchung innerhalb des kolumbianischen Gesundheitssystems durchgeführt wurde und sich dadurch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Gemäss dieser Einschätzung erfüllt die Studie fünf der sieben Gütekriterien nach Steinke (1999). Somit muss bei der Verwendung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse kritisch vorgegangen werden. Es werden in der Arbeit (Briceño Morales et al., 2018) verschiedene Aspekte der Makroebene von OV beleuchtet und Missstände in gesellschaftlichen Normen, dem Gesundheitssystem und der Bildung von Gesundheitsfachpersonen aufgezeigt. Dabei wird die Verantwortung der Gesundheitsfachpersonen nicht ausser acht gelassen. Vielmehr wird anerkannt, dass jene vor grossen Herausforderungen stehen und Veränderungen anstreben sollen.

³¹ In der Arbeit von Briceño Morales et al. (2018) wird das Ziel des übergeordneten Projekts formuliert. Aus dem Englischen übersetzt lautet es folgendermassen: «[...] dessen Ziel es war, die Bedeutung [zu] erforschen, welche Frauen den Praktiken des Gesundheitswesens beimessen, die während der Geburtsbetreuung durchgeführt werden» (S. 1309).

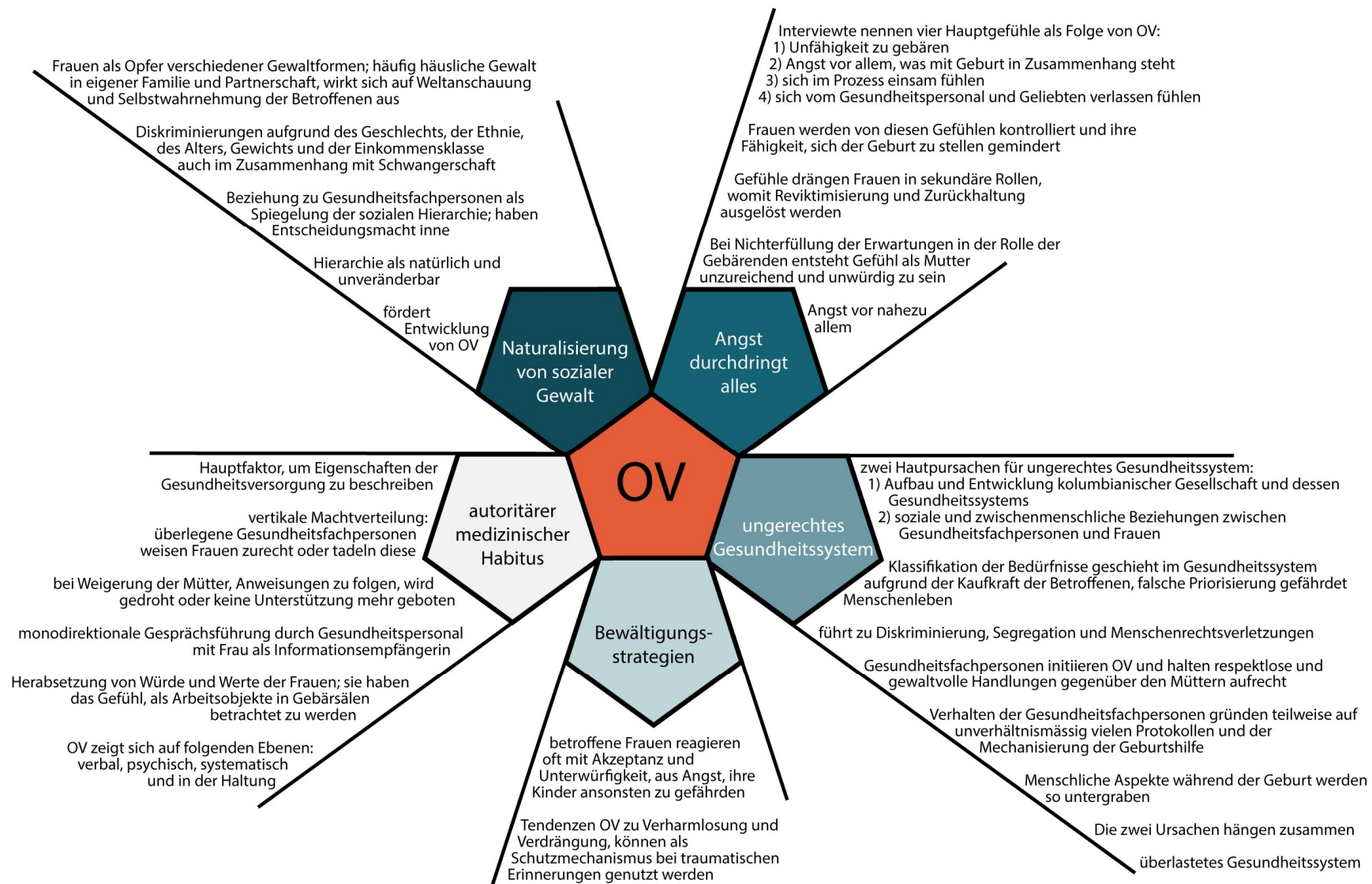


Abbildung 6: Eigene Darstellung der Resultate von Briceño Morales et al. (2018)

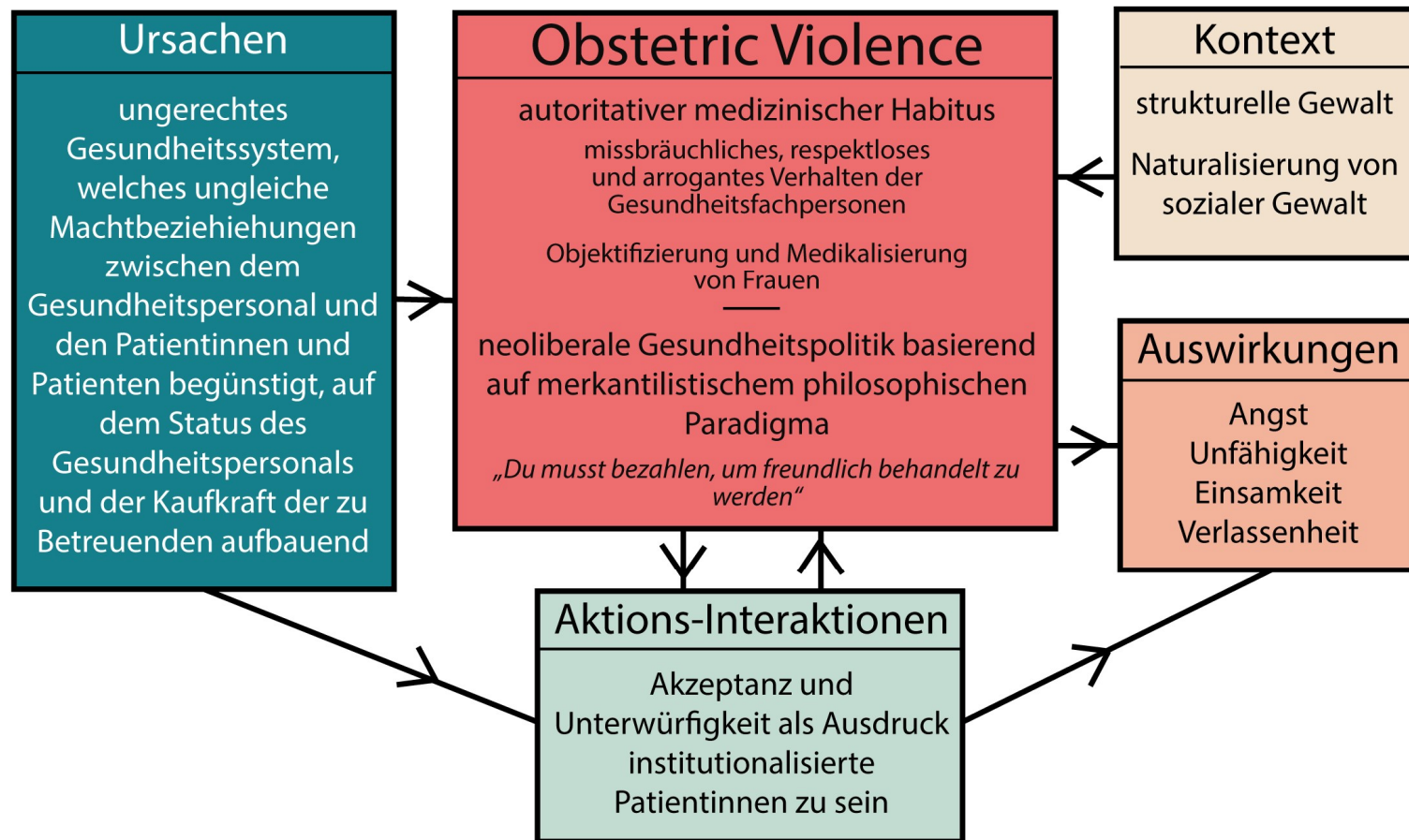


Abbildung 7: Eigene Darstellung der Resultate nach Briceño Morales et al. (2018, S.1311) in Anlehnung an Corbin und Strauss (2015)

4.3 Betron et al. (2018)

Das *Mapping Review** von Betron, McClair, Currie, und Banerjee (2018) untersucht den Einfluss von Genderungleichheit auf RMC. Das Ziel der Arbeit ist es, anhand eines Literaturreviews herauszufinden, ob die aktuelle Forschung das Phänomen in Bezug zu Gender betrachtet.

4.3.1 Zusammenfassung

Die Ergebnisse aus den Studien wurden von der Forschungsgruppe den vier Kategorien des *Gender Analysis Framework* (GAF) der *United States Agency for International Development* (USAID, 2017) zugeordnet und um den Bereich *Intersektionalität** erweitert (siehe Abbildung 8).

In der Kategorie **Überzeugungen und Wahrnehmungen** wird beschrieben, wie kulturelle Systeme und Gendernormen das Verhalten von Gesundheitsfachpersonen beeinflussen. Dies führe zu Geschlechterstereotypen, welche einen generellen Mangel an Vertrauen in die Kompetenzen der Frau fördern und so das Auftreten von MoW normalisieren. Weiter werde die Anwendung von MoW durch weibliche Gesundheitsfachpersonen, welche selbst mit solchen Stigmatisierungen konfrontiert sind, genutzt, um Professionsidentität und Macht im System aufrechtzuerhalten. Im Bereich **Praxis und Teilnahme** wird beleuchtet, wie Genderrollen in der Geburtshilfe sichtbar werden und Machtverhältnisse beeinflussen. Dies zeige sich dadurch, dass Männer in Entscheidungsprozessen die übergeordnete Position einnehmen und Frauen sich aktiv zurückhalten. Überdies wird aufgezeigt, wie Gender den **Zugang zu Ressourcen** beeinflusst, wodurch Frauen eine aktive und selbstständige Teilnahme an der Gesellschaft erschwert wird. So fehle es ihnen beispielsweise an Wissen und Aufklärung über ihre Rechte im Gesundheitswesen. Die letzte Kategorie **Gesetze, Richtlinien, Institutionen** beschreibt, dass bis anhin in den Institutionen und der Forschung nur wenig Interesse an der Ausarbeitung von Richtlinien für eine qualitativ hochstehenden Geburtshilfe, welche gendersensitiv die Rechte der Frauen schützt, vorhanden ist. **Intersektionalität** wirkt sich als Faktor verstärkend auf MoW aus.

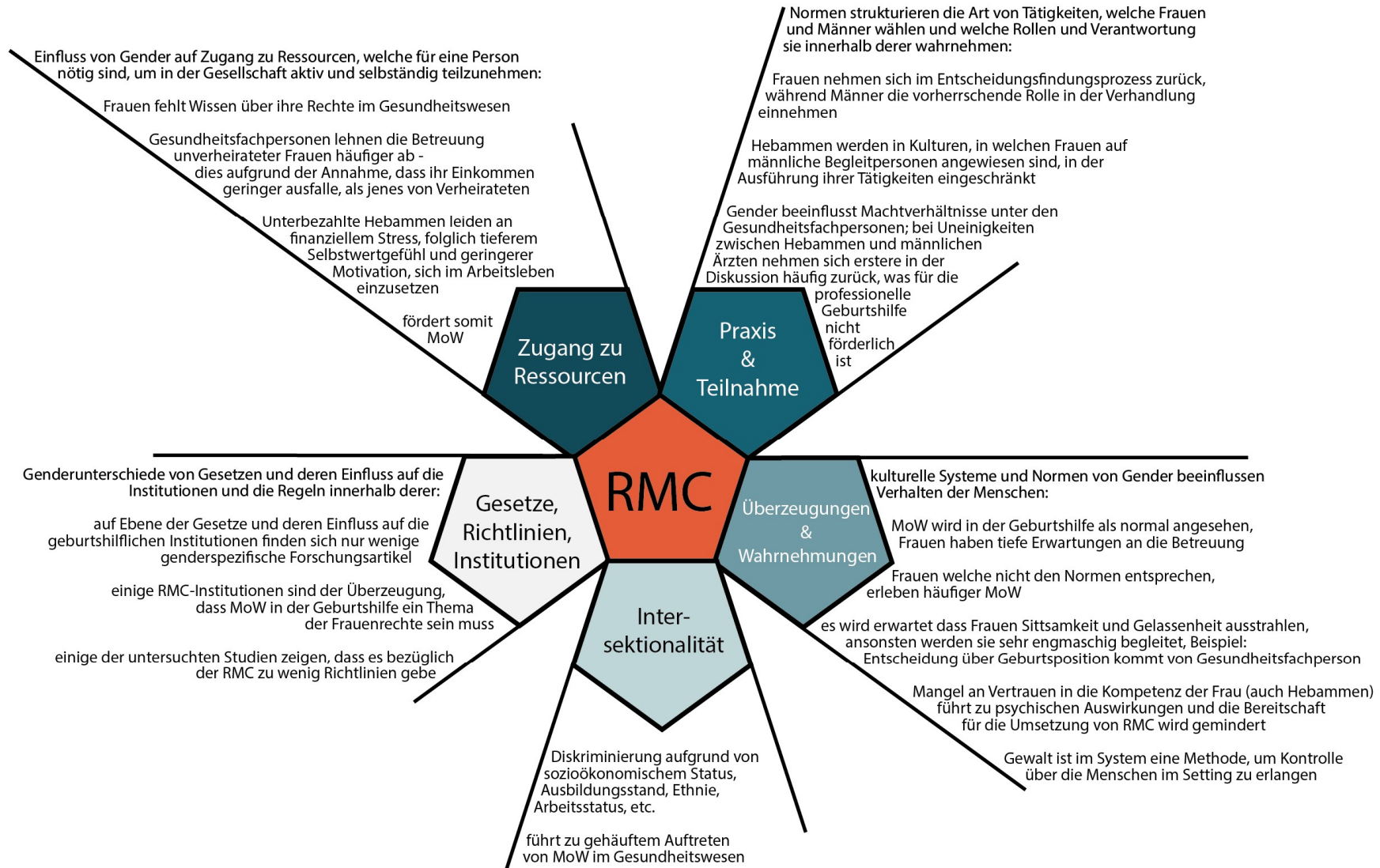


Abbildung 8: Eigene Darstellung der Resultate von Betron et al. (2018)

4.3.2 Würdigung

Das Thema der Arbeit (Betron et al., 2018), welche in einer wissenschaftlichen Zeitschrift publiziert wurde, entspricht der Expertise der Autorinnen. Das gewählte Design des *Mapping Reviews* ist für die Erfassung der aktuellen Forschungslage rund um RMC geeignet. Anstelle einer Qualitätskontrolle der ausgewählten Literatur, wird bei vorliegendem Design auf die Kategorisierbarkeit der Aussagen Wert gelegt, was den Autorinnen mittels des erweiterten GAF's (USAID, 2017) erfolgreich gelungen ist. Die Resultate verweisen darauf, dass MoW durch Genderungleichheit beeinflusst wird, es dazu aber noch zu wenige Untersuchungen gibt, woraus die Arbeit auf Forschungsbedarf schliesst.

4.4 Bellón Sánchez (2014)

Die Masterarbeit von Bellón Sánchez (2014) setzt sich mit dem Konzept OV auseinander und verfolgt das Ziel, dessen Effekt auf die Bekämpfung von Medikalisierung, professionellem Autoritarismus und Sexismus zu untersuchen. Dies erfolgt in drei Hauptbereichen, in denen die Autorin unterschiedliche Ansätze und Methoden nutzt: Im theoretischen Hintergrund werden Machtbeziehungen in der modernen westlichen Geburtshilfe untersucht, es wird ein Review von Gesetzestexten zu OV erstellt und zur Erforschung der Anliegen und Strategien des Aktivismus für Geburtshilfe eine qualitative Datenerhebung durchgeführt.

4.4.1 Zusammenfassung

Die Arbeit (Bellón Sánchez, 2014) führt auf, dass die Ursachen von OV in einer komplexen Reihe an Umständen gründen (siehe Abbildung 9): Es wird beschrieben, dass die Medizin Hierarchien, Interessen und **Werte der Gesellschaft** in ihre Lehren und Praxen überträgt und die Macht inne hat, Normen zu definieren und Körper zu kontrollieren. **Gesetzestexte** aus drei lateinamerikanischen Ländern³² fassen die Kritik an der Medikalisierung, professioneller Autorität und Respektlosigkeit erstmals unter OV zusammen und verorten die Thematik als *Gewalt gegen Frauen* und Fortsetzung ihrer Unterdrückung. Dabei werde die Frau als Subjekt betrachtet, das

³² Venezuela (Gaceta Oficial de La República Bolivariana de Venezuela, 2007)
Argentinien (Congreso Argentino, 2009)
Mexiko (Gaceta Oficial del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, 2008)

nicht fähig sei, Entscheidungen zu treffen. Die Hauptstrategie, welche von den **Aktivismusgruppen** laut Bellón Sánchez (2014) gegen OV genutzt wird, sei die Förderung der *informierten Entscheidung*. Eine Auseinandersetzung mit Themen wie Genderfragen, Wissenschaftsgeschichte und Soziologie finde durch die aktivistischen Gruppen jedoch kaum statt, was sich auf den öffentlichen Diskurs übertrage.

4.4.2 Würdigung

Die Methoden, welche in der Masterarbeit (Bellón Sánchez, 2014) eingesetzt werden sind zur Erforschung der Fragestellung³³ indiziert. Hypothesen und Theorien, welche aufgestellt werden, sind empirisch verankert. Dies geschieht im qualitativen Vorgehen durch das Kategorisieren der Interviewaussagen und in den theoretischen Abschnitten durch Verknüpfung mit validen Literaturquellen. Bellón Sánchez (2014) reflektiert ihre eigenen Voraussetzungen und Standpunkte zur Thematik und legt diese offen. Die Autorin hat die Masterarbeit im Bereich der *Gender Studies** verfasst und verfügt somit über Fachkenntnisse zum Schwerpunkt in der Auseinandersetzung mit OV. Die Datenerhebung im qualitativen Ansatz ist nicht sehr umfassend, weshalb bei der Verwendung, Interpretation und Diskussion der Ergebnisse kritisch vorgegangen werden muss. Grundsätzlich genügt der Grad von Wissenschaftlichkeit jedoch dem Anspruch der Bachelorarbeit. Mithilfe interessanter und stichhaltiger Argumente bettet die Autorin OV in geschichtliche und soziale Entwicklungen ein und trägt zu dessen Verständnis bei. Sie erhebt nicht den Anspruch eine neutrale und objektive Abhandlung zu verfassen, sondern legt ihre Position stichhaltig und fundiert dar.

Bellón Sánchez ruft dazu auf, OV als Konzept zu nutzen, welches GiG im Kontext von Geschlechterhierarchien überdenken, eine tiefergehende Reflexion bei (angehenden) Gesundheitsfachpersonen anstoßen und so RMC einfordern soll.

³³ Aus dem Original von Bellón Sánchez (2014): «*Why and how do current childbirth activists use 'obstetric violence' to report issues and what can the concept add to their previous strategies?*», wörtlich ins Deutsche übersetzt: «*Weshalb und wie nutzen Aktivistinnen und Aktivisten für Geburtshilfe 'Obstetric Violence' aktuell, um auf ihre Anliegen aufmerksam zu machen und was kann das Konzept zu ihren bisherigen Strategien beitragen?*» (S. 11).

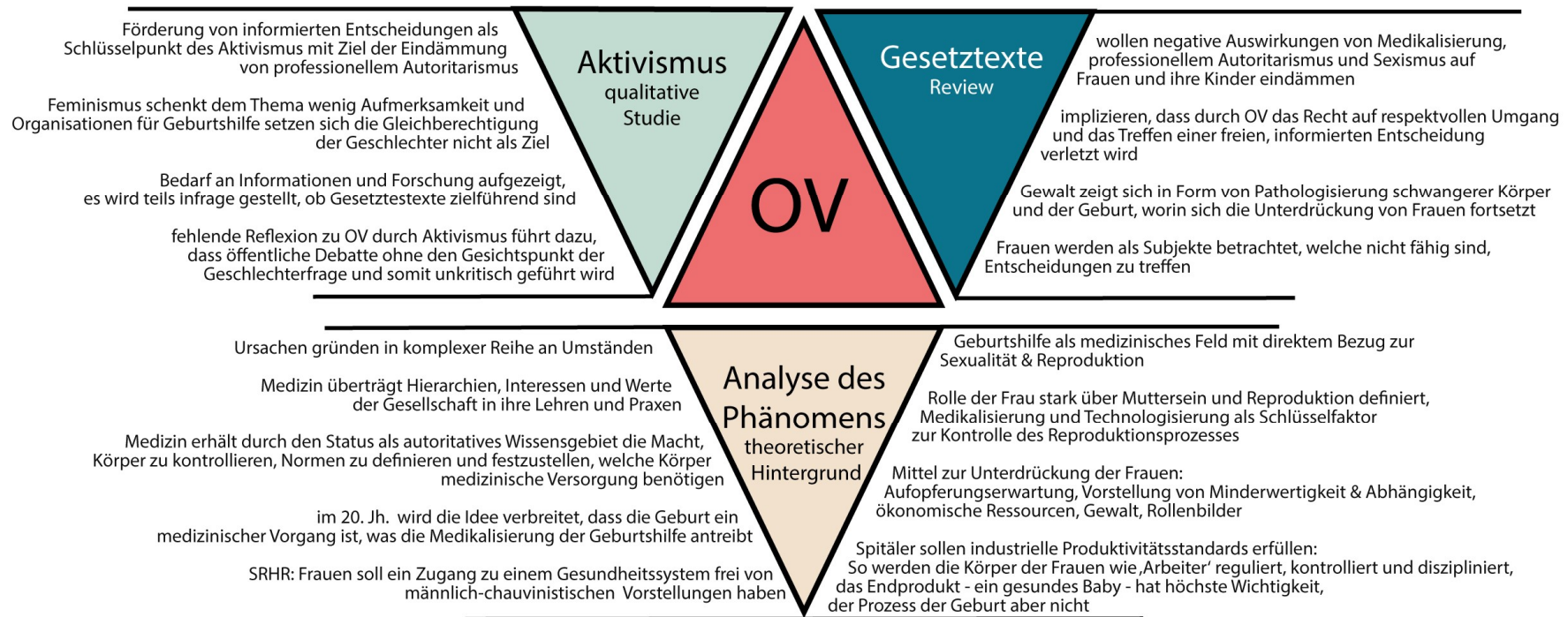


Abbildung 9: *Eigene Darstellung der Resultate von Bellón Sánchez (2014)*

4.5 Cohen Shabot (2016)

Cohen Shabot (2016) betrachtet OV mittels einer feministisch-*phänomenologischen Analyse**. Sie möchte verstehen, wie der weibliche, gebärende Körper patriarchale Strukturen bedroht und weshalb Gewalt in geburtshilflichen Settings angewendet wird.

4.5.1 Zusammenfassung

Die Autorin (Cohen Shabot, 2016) zeigt auf, dass das Erleben von traumatischen Geburten teilweise damit zu erklären ist, dass sich Frauen bei der Geburt als passive Körper wahrnehmen, was als **Objektifizierung**³⁴ betrachtet werden kann. Bei der Geburt spielen zusätzlich lebendige und sexuelle Komponenten eine wichtige Rolle (siehe Abbildung 10). Um die Objektifizierung der Frau unter der Geburt im Kontext zu verstehen, werden sozial und kulturell verursachte Unterschiede zwischen den Geschlechtern aufgezeigt. Während der Geburt ist der weibliche Körper kraftvoll und aktiv, was den **Geschlechterstereotypen** in der Gesellschaft entgegensteht. Durch Gewaltanwendung wird ebendieser Körper kontrolliert und zurechtgewiesen, um die Stereotypen wieder zu erfüllen. Dabei muss deutlich gemacht werden, dass Gesundheitsfachpersonen diese gewaltsame Zurückweisung nicht bewusst ausführen.

4.5.2 Würdigung

Die Analyse (Cohen Shabot, 2016) betrachtet OV aus feministisch-philosophischer Perspektive, was der Expertise der Autorin entspricht. Sie beschreibt zu Beginn ausführlich ein eigenes Erlebnis mit OV. Dies dient in der phänomenologischen Analyse dazu, die subjektive Sichtweise der Autorin zu erläutern (Creswell, 2013). Mögliche Ursachen des Phänomens werden präsentiert und mit Zitaten aus verschiedener Literatur stichhaltig hinterlegt. Die Arbeit betrachtet die Thematik mittels philosophischer Literatur und unter Einbezug von Genderkonzepten aus einem Blickwinkel, welcher das Verständnis von GiG erweitert.

³⁴ Im medizinischen Bereich sind Situationen, welche eine klar passive und aktive Rollenzuschreibung innehaben, häufig zu beobachten: Eine extreme Form stellt die Untersuchung am Leichnam dar. In der Praxis stellt sich die Herausforderung, den Menschen in seiner Subjektivität nicht zu verdrängen (Cohen Shabot, 2016).

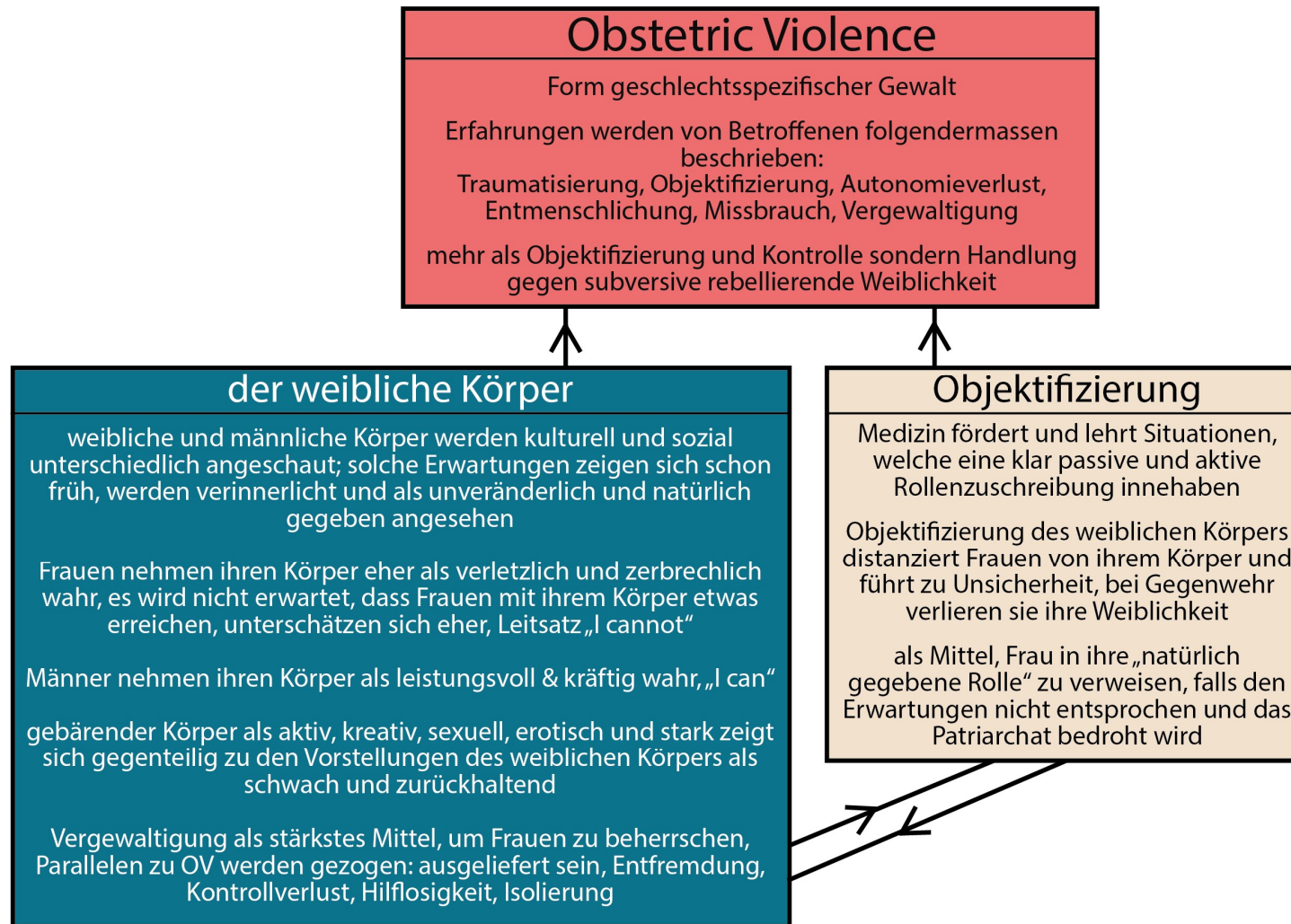


Abbildung 10: *Eigene Darstellung der Resultate von Cohen Shabot (2016)*

4.6 Jewkes und Penn-Kekana (2015)

Jewkes und Penn-Kekana (2015) beleuchten im Fachartikel wichtige Aspekte rund um MoW und weisen darauf hin, dass es in diesem Bereich an qualitativ hochwertiger Forschung bedarf. So sollen alle Facetten des Phänomens erfasst und auf die politische Agenda gebracht werden.

4.6.1 Zusammenfassung

In einem ersten Abschnitt beschreiben Jewkes und Penn-Kekana (2015) wie MoW als **Gewalt gegen Frauen** verstanden werden kann. Diese Form von Gewalt findet sich in geburtshilflichen Settings wieder, wo Gesundheitsfachpersonen im **hierarchischen System** die übergeordnete Position einnehmen. Dadurch wird MoW als Kontrollmittel über die Frauen in den Settings legitimiert. Hinzukommt, dass sich viele Gesundheitsfachpersonen in den vorherrschenden Strukturen selbst entmächtigt fühlen und *Gewalt gegen Frauen* als Kompensation ihrer eigenen Unterdrückung anwenden. Überdies fordern Jewkes und Penn-Kekana (2015) **Massnahmen für die Prävention** von MoW. Eine Möglichkeit seien Vorbilder, welche RMC umsetzen. Des Weiteren würde auch eine bessere Aufklärung der Frauen über ihre Rechte eine positive Veränderung herbeiführen können. Laut den Autorinnen gibt es keinen Zweifel daran, dass gesellschaftliche Veränderungen das Auftreten von MoW mindern können (siehe Abbildung 11).

4.6.2 Würdigung

Jewkes und Penn-Kekana (2015) arbeiten in Forschungsfeldern des Gesundheitswesens mit dem Schwerpunkt auf Genderfragen. Die Auseinandersetzung mit MoW liegt folglich in ihrer Expertise, was die Aussagekraft ihrer wissenschaftlichen Perspektive untermauert. Die Relevanz stützt sich durch die Mehrfachzitierung des Artikels und Publikation in einer wissenschaftlichen Zeitschrift. Aussagen der Arbeit (Jewkes & Penn-Kekana, 2015) werden mit aktueller wissenschaftlicher Literatur belegt und die Nachvollziehbarkeit durch eine sinnvolle Textstrukturierung unterstützt. Die Autorinnen nutzen unterschiedliche Literaturquellen zur Betrachtung von MoW, betten dies in einen gesellschaftspolitischen Diskurs ein und zeigen so die Relevanz von Normen und Werten für GiG auf.

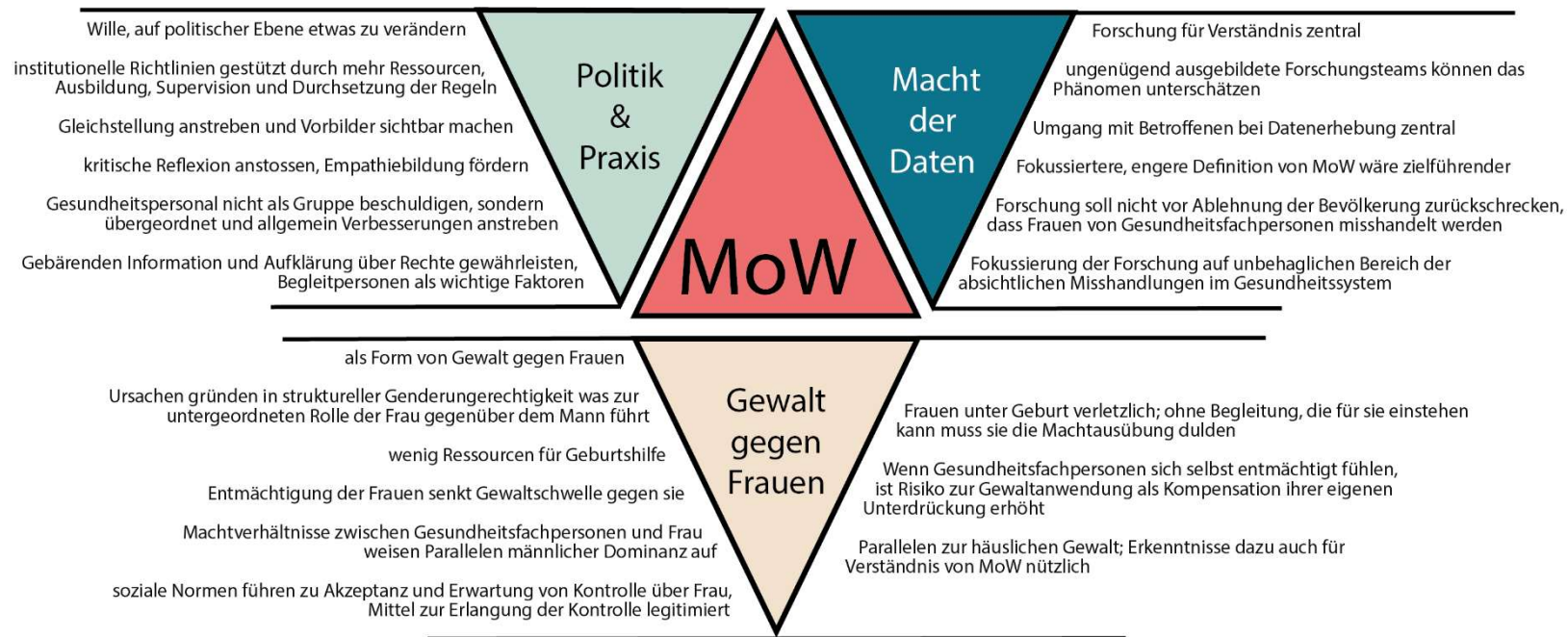


Abbildung 11: *Eigene Darstellung der Resultate von Jewkes und Penn-Kekana (2015)*

4.7 Sadler et al. (2016)

Der Fachartikel von Sadler et al. (2016) beleuchtet OV mithilfe unterschiedlicher Quellen wie Studien, Reviews, soziologischen Standardwerken und Richtlinien anerkannter Organisationen. So werden verschiedene Elemente des Phänomens aufgezeigt, wovon auch D&A Teil ist.

4.7.1 Zusammenfassung

D&A kann laut Sadler et al. (2016) sowohl auf zwischenmenschlicher Interaktionsebene, wie auch auf Ebene des Gesundheitssystems und der Gesellschaft entstehen und verschiedene Formen annehmen. **Nichtevidenzbasierte Praktiken**, welche Interventionen in der Geburtshilfe umfassen, die ohne medizinische Indikation oder trotz widersprüchlicher Evidenzen zum Einsatz kommen, werden als OV beschrieben. Diese spricht eine in der Gesellschaft oft unsichtbare und normalisierte Form von **Gewalt gegen Frauen** und Menschenrechtsverletzung an, welche in strukturellen Ungerechtigkeiten und Machtverhältnissen gründet und besondere Merkmale aufweist. Dabei ist es wichtig, den Fokus bei der Analyse des Phänomens auf kulturelle und soziale Dimensionen auszuweiten und Formen von **struktureller Gewalt**, sowie Machtdynamiken zwischen den beiden Geschlechtern sichtbar zu machen. Die **Sozialwissenschaften** haben sich mit dem medizinischen Management der Geburt als Spiegelung asymmetrischer Gendermacht und Objektifizierung des weiblichen Körpers umfassend auseinandergesetzt. Dennoch scheitern Forschung, Richtlinien, Ausbildungsinstitutionen und soziale Bewegungen oftmals daran, die strukturellen Dimensionen von GiG anzusprechen und nehmen nur die Symptomatik der Mikro- und Mesoebene in Angriff, ohne die in der Makroebene liegenden Ursachen zu thematisieren. OV kann als nützliches Konzept dienen, um eben diese Ursachen besser zu verstehen (siehe Abbildung 12) und hat somit das Potenzial, GiG neu zu definieren, Handlungsaufforderungen auszulösen und so einen Beitrag zur Verbesserung der Betreuung in der Geburtshilfe beizutragen.

4.7.2 Würdigung

Der Artikel (Sadler et al., 2016) wurde von verschiedenen Fachpersonen aus den Bereichen Soziologie, Wissenschaftsgeschichte und Geburtshilfe geschrieben. Die

Verfassenden weisen Forschungserfahrung und Fachexpertise zur Thematik GiG auf. Der Artikel wurde in einer wissenschaftlichen Zeitschrift publiziert, mehrfach zitiert und ist sinnvoll aufgebaut. Die Quelle (Sadler et al., 2016) kann als eine wissenschaftliche Stellungnahme betrachtet werden; Aussagen sind mit Studien und wissenschaftlicher Literatur präzise und valide belegt.

Der Text setzt GiG in soziostrukturellen Kontext, verknüpft die Erkenntnisse aus den verschiedenen Literaturquellen in einer sinnvollen Art und Weise und beleuchtet so die Ursachen vielschichtig. Es können neue Empfehlungen zu Massnahmen und Forschungsbedarf aufgezeigt werden.

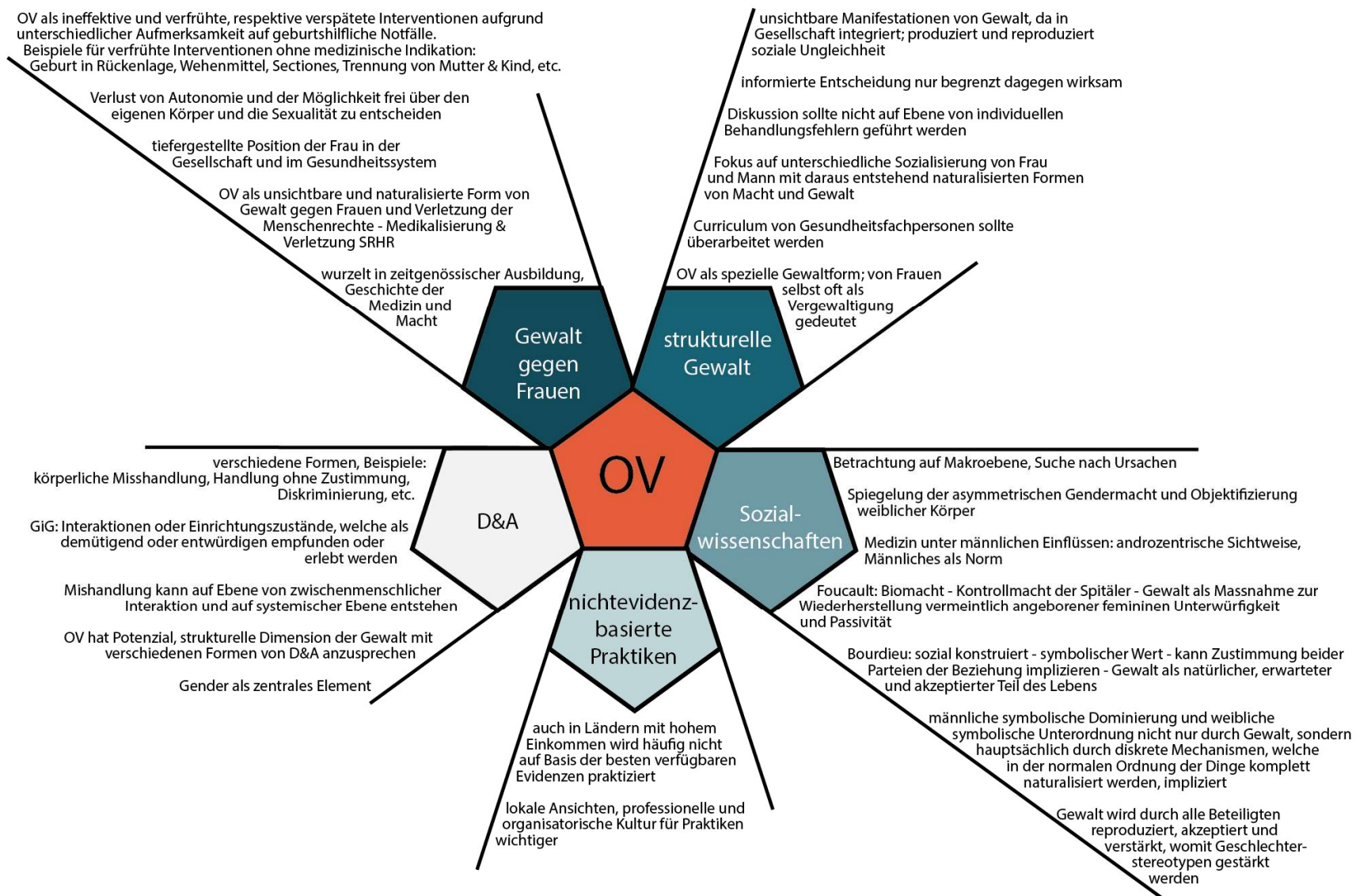


Abbildung 12: Eigene Darstellung der Resultate von Sadler et al. (2016)

5 Diskussion

Das folgende Kapitel dient dazu, die Resultate der ausgewählten Arbeiten zu diskutieren, mit dem theoretischen Hintergrund und zusätzlicher Literatur in Verbindung zu bringen und deren Bedeutung für die Fragestellung³⁵ aufzuzeigen. Zur wissenschaftlichen Verankerung werden Aussagen aus Literatur mittels Paraphrasierungen und Zitaten wiedergegeben. Englische Textstellen werden ins Deutsche übersetzt, wobei die Originaltexte den Fussnoten zu entnehmen sind.

In den ausgewählten Arbeiten lassen sich drei Hauptbereiche identifizieren, aus denen soziostrukturelle Ursachen für GiG hervorgehen (Bellón Sánchez, 2014; Betron et al., 2018; Bohren et al., 2015; Briceño Morales et al., 2018; Cohen Shabot, 2016; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Sadler et al., 2016): Diese sind der Zusammenhang mit **Gender**, die Medizin als **autoritatives Wissensgebiet** und **strukturelle Bedingungen**. Anschliessend werden die ebengenannten Bereiche genauer erläutert.

Darüber hinaus haben die Arbeiten gemeinsam, dass sie GiG als komplexes und vielschichtiges Phänomen betrachten, mit dem bis anhin keine ausreichende Auseinandersetzung stattgefunden hat, oder wie Sadler et al. (2016) dies zum Ausdruck bringen:

Forschung, Grundsätze und Richtlinien, berufliche und akademische Ausbildung sowie soziale Bewegungen, die daran scheitern, die strukturellen Dimensionen anzusprechen, nehmen lediglich die in der Mikro- und Mesoebene liegenden Symptome in Angriff, jedoch nicht die in der Makroebene liegenden Ursachen dieser Gewaltformen. (S. 52)³⁶

³⁵ Welche soziostrukturellen Ursachen werden von der Literatur für Gewalt in der Geburtshilfe beschrieben? (S. 5)

³⁶ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Sadler et al. (2016): «Research, policies and guidelines, professional and academic education, and social movements failing to address the structural dimensions are deemed to tackle only the micro- and meso-level symptoms, but not the macro-level causes of these forms of violence» (S. 52).

Eine Schwierigkeit bei der weiteren Erforschung von GiG ist, dass Uneinigkeit in der Terminologie besteht (vgl. Kapitel 3.1.2). Die Vielfalt an Begrifflichkeiten findet sich auch in den Arbeiten: Bellón Sánchez (2014), Cohen Shabot (2016) und Sadler et al. (2016) plädieren für die Verwendung des Konzepts OV, welches dazu geeignet sei, sowohl die interpersonellen wie auch die strukturellen Dimensionen der Problematik zu erfassen. Zusätzlich sei der Begriff OV Basisbewegungen entsprungen und untersuche Machtstrukturen. Währenddessen benutzen Jewkes und Penn-Kekana (2015), Bohren et al. (2015) und Betron et al. (2018) MoW und sehen Vorteile in einem breiten Spektrum an Kategorien von GiG. MoW beinhalte die Betrachtung verschiedener Ursachen und somit die Möglichkeit, als Grundlage der Standardisierung von Messinstrumenten zu dienen.

Die Arbeiten lassen diese Diskrepanzen nicht ausser Acht: Es wird darauf hingewiesen, dass eine einheitliche Benennung des Phänomens als Grundlage für die Definition, Erforschung, gesellschaftliches Bewusstsein und schliesslich Bewältigung der Problematik zentral sei. Savage und Castro (2017) vergleichen die Begrifflichkeiten zu GiG in einem Review und legen dar, dass kein Konsens in den Definitionen besteht, obschon die Thematik zunehmend Anerkennung gefunden hat. Dennoch weisen die Konzepte gemäss Savage und Castro (2017) allesamt *«[...] auf die Medikalisierung natürlicher Geburtsprozesse, das Wurzeln in Genderungleichheiten, die Parallelen zu Gewalt gegen Frauen, das Schadenspotential und die Bedrohung der Rechte der Frauen hin [...]»* (S. 1)³⁷. Schliesslich wird empfohlen, dass sich die Forschung zu GiG zukünftig auf die Gemeinsamkeiten der Definitionen konzentrieren, klare Handlungsempfehlungen machen und mehrperspektivische Untersuchungen des Phänomens durchführen soll.

5.1 Gender

Um die Ursachen von GiG aufzuführen, beleuchteten bereits anerkannte Vertretende der Soziologie – darunter Bourdieu und Foucault – Konzepte von Gender, welche in den ausgewählten Arbeiten von Bellón Sánchez (2014), Betron et al. (2018), Bohren et al. (2015), Briceño Morales et al. (2018), Cohen Shabot (2016) Jewkes und Penn-

³⁷ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Savage und Castro (2017): *«[...] in highlighting the medicalization of natural processes of childbirth, roots in gender inequalities, parallels with violence against women, the potential for harm, and the threat to women's rights»* (S. 1).

Kekana (2015), sowie Sadler et al. (2016) ebenfalls diskutiert werden. Nach Bourdieu (2015) beeinflussen Gendernormen das Auftreten und die Naturalisierung von Gewalt. Die vorherrschende Haltung in der Gesellschaft, welche von einer **Genderungleichheit** geprägt ist, entmündigt Frauen und legitimiert das Auftreten von Gewalt gegen sie. Jewkes und Penn-Kekana (2015) schreiben darüber folgendes:

Das wesentliche Merkmal von Gewalt gegen Frauen, ist dass sie aus der strukturellen Genderungleichheit resultiert, d.h. aus der untergeordneten Stellung von Frauen in der Gesellschaft im Vergleich zu Männern. Dies wertet die Leben von Frauen und Mädchen systematisch ab und ermöglicht so die in vielen Ländern unangemessen niedrige Ressourcenallokation für die Geburtshilfe. (S. 1)³⁸

Gewalt gegen Frauen wird zu einem Teil als **Kontrollmechanismus** über das weibliche Geschlecht beschrieben (Walby, 1990) und ist somit eine Gewaltform, welche durch die Genderungleichheit naturalisiert wird. Jewkes und Penn-Kekana (2015), sowie Sadler et al. (2016) weisen diesbezüglich auf Parallelen zu GiG hin. Somit lasse sich die Genderungleichheit in der Gesellschaft auf die Interaktion zwischen der Gesundheitsfachperson und der gebärenden Frau übertragen, und GiG manifestiere sich als Form von *Gewalt gegen Frauen*. Betron et al. (2018) beschreiben diesbezüglich, dass «[...] die Misshandlung von Frauen innerhalb und ausserhalb der Gesundheitseinrichtung normalisiert und akzeptiert wird, auch von den Frauen selbst» (S. 1)³⁹. Somit gründet GiG einerseits in der Naturalisierung von Gewalt und wird andererseits durch Geschlechterstereotypisierung verstärkt. GiG als *Gewalt gegen Frauen* ist somit als Form der *symbolischen Gewalt* zu

³⁸ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Jewkes und Penn-Kekana (2015): «*The essential feature of violence against women is that it stems from structural gender inequality, i.e., women's subordinate position in society as compared to men. This systematically devalues the lives of women and girls and thus enables the inappropriately low allocation of resources to maternity care that is found in many countries*» (S. 1).

³⁹ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Betron et al. (2018): «*[...] mistreatment of women inside and outside of the health facility is normalized and accepted, including by women themselves*» (S. 1).

verstehen, die durch Machtbeziehungen gekennzeichnet ist (Bourdieu, 2015, 2016; Schmidt & Woltersdorff, 2008).

5.1.1 Geschlechterstereotype

Die Genderdimension von GiG konkretisiert sich in Geschlechterstereotypen und dem **symbolischen Wert**, der die Gesellschaft den Geschlechtern zuschreibt. Von den Zuschreibungen beeinflusst, wählen Frauen in ihrem Leben eher Tätigkeiten und Positionen, in welchen sie sich zurücknehmen. Parallel dazu übernehmen männliche Begleitpersonen in der Geburtshilfe die Entscheidungen über Betreuungsmöglichkeiten der Frau und stellen die primären Ansprechpersonen dar. Betron et al. (2018) schreiben dazu, dass: «[...] *Frauen im geburtshilflichen Setting zu wenig Entscheidungsmacht haben*» (S. 6)⁴⁰. GiG äussert sich in einem Autonomieverlust, welcher der Bevormundung von Frauen entspringt (vgl. Glossareintrag *Autoritative Ethik*).

Dem zu entgegen ist, dass sich laut Jewkes und Penn-Kekana (2015) «*gezeigt hat, dass Begleitpersonen das mütterliche Outcome verbessern und einen wesentlichen Einfluss auf die Verringerung des Auftretens von [GiG] haben könnten*» (S. 3)⁴¹. Ein wichtiger Faktor diesbezüglich scheint laut Briceño Morales et al. (2018) jedoch zu sein, dass sich die Begleitperson oder auch die Gesundheitsfachperson für die Frau einsetzt und sie in ihrem Sinne unterstützt.

Ein weiterer Genderfaktor, der das Auftreten von GiG beeinflusst, sind Geschlechterzuschreibungen bezüglich **körperlichen Fähigkeiten** (Bellón Sánchez, 2014; Cohen Shabot, 2016; Sadler et al., 2016). Diese tangieren Frauen insofern, als dass sie ihrem Körper wenig Kompetenzen zuschreiben und diese Haltung auch in Interaktionsbegegnungen präsent ist. Laut Cohen Shabot (2016) nehmen «*[Frauen] ihre Körper als grundsätzlich schwach, unfähig, unterstützungs- und schutzbedürftig wahr [...]*» (S. 242)⁴². Diese Sinnbilder führen dazu, dass Frauen ihrem Körper das

⁴⁰ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Betron et al. (2018): «[...] *that women generally lack decision-making power in seeking maternity care or delivering in facility*» (S. 6).

⁴¹ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Jewkes und Penn-Kekana (2015): «*Birth companions have been shown to improve maternal outcomes and might have a substantial impact on reducing mistreatment of women in childbirth*» (S. 3).

⁴² Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Cohen Shabot (2016): «[...] *they perceive their own bodies as essentially feeble, incapable, and constantly requiring support and protection*» (S. 242).

Gebären nicht zutrauen. Zusätzlich würden Gesundheitsfachpersonen die von Cohen Shabot (2016) genannten Gefühle reproduzieren und im Kreislauf des symbolischen Interaktionismus verstärken: Sie sehen die Frauen im Entscheidungsprozess als inkompetent an und behandeln Gebärende fürsorglich, schützend und nehmen ihr zur Unterstützung Entscheidungen ab (Bellón Sánchez, 2014; Cohen Shabot, 2016). Diese Haltung lässt sich der **autoritativen Ethik** zuordnen und kann sich in Gewaltformen, wie verbaler Misshandlung, Stigmatisierung und Diskriminierung nach Bohren et al. (2015) manifestieren. Das Ungleichgewicht und die bevormundende Haltung erschwere den *Diskurs auf Augenhöhe*, welcher eine Voraussetzung für den *Shared-Decision-Making* Prozess darstellt (Koerfer & Albus in Busch & Spranz-Fogasy, 2015). Indem Frauen ihre Bedürfnisse und Gefühle im Diskurs offenlegen, könnte das Auftreten von GiG gemindert werden.

Laut Betron et al. (2018) und Briceño Morales et al. (2018) beeinflussen die Geschlechterstereotypen den **Zugang zu Informationen** und Wissen über Rechte zulasten der Frauen. Dies wirke sich auf das Gesundheitswesen dadurch aus, dass sich Frauen über die Existenz von Rechten und Leitlinien, welche sie vor Misshandlungen schützen würden, nicht bewusst sind. Daraus resultiert eine Zurückhaltung vor Beanstandungen von GiG (Betron et al., 2018).

Der Zugang zu Informationen ist laut der WHO und *Reproductive Health and Research* (2015): «[...] wesentlich, um die Menschen zu befähigen, ihre Gesundheit zu schützen und informierte Entscheidungen über ihr sexuelles und reproduktives Leben zu treffen. Es ist erwiesen, dass der Zugang zu solchen Informationen [...] mit positiven gesundheitlichen Ergebnissen zusammenhängt» (S. 2)⁴³.

Wissen über die eigenen Rechte und über das Gesundheitssystem, korreliert mit dem Zugang zu Bildung (WHO, 2015), wozu Menschen weltweit unterschiedliche Voraussetzungen haben. Diese Betrachtungsweise deutet auf regionsabhängige Diskrepanzen bezüglich des Wissens über die eigenen Rechte hin. Demnach sind

⁴³ Wörtliche Übersetzung aus dem Original der WHO und *Reproductive Health and Research* (2015): «Access to information [...] is essential to enable people to protect their health and make informed decisions about their sexual and reproductive lives. Evidence shows that access to such information [...] is associated with positive health outcomes» (S. 2).

die Resultate von Betron et al. (2018) und Briceño Morales et al. (2018) zur Nutzung der Eindämmung von GiG von heterogener Relevanz.

Frauen sind GiG häufiger ausgesetzt, wenn neben dem Geschlecht zusätzliche Diskriminierungsfaktoren wie Ethnie, Alter, Ausbildungsstand oder sozioökonomischer Status hinzukommen (Bellón Sánchez, 2014; Betron et al., 2018; Bohren et al., 2015; Briceño Morales et al., 2018). Von **Intersektionalität** betroffene Frauen werden in ihrer Sexualität und im Reproduktionsprozess häufiger zurechtgewiesen und kontrolliert (Cohen Shabot, 2016). GiG kann somit *«[...] als Form struktureller Gewalt analysiert werden; als unsichtbare Manifestation von Gewalt, in das Gefüge der Gesellschaft eingebaut ist und soziale Ungleichheiten zwischen Gruppen erzeugt und reproduziert»* (Sadler et al., 2016, S. 50)⁴⁴.

5.1.2 Objektifizierung

Die Zurechtweisung, welche Gebärende als GiG erleben, lässt sich teilweise mit **Objektifizierung** erklären, welche ebenfalls aus den besprochenen Arbeiten zu entnehmen ist (Bellón Sánchez, 2014; Betron et al., 2018; Bohren et al., 2015; Briceño Morales et al., 2018; Cohen Shabot, 2016; Sadler et al., 2016).

Objektifizierung kann als Faktor mehrerer Ursachen von GiG beleuchtet werden, wobei an dieser Stelle der Fokus weiterhin auf den Genderdimensionen liegen soll.

Laut Cohen Shabot stellt *«[...] der gebärende Körper häufig einen gesunden, kraftvollen Körper dar, der viel mehr mit dem tanzenden, rennenden oder erotischen Körper gemeinsam hat, als mit dem pathologischen Körper, der Betreuung und Heilung benötigt»* (2016, S. 233)⁴⁵. Diese Darstellung des weiblichen Körpers steht dem symbolischen Bild, wonach gemäss Young (1980) Passivität und Betreuungsbedarf ausgestrahlt werden sollte, entgegen. Der weibliche Körper und die Reproduktionsprozesse werden als nicht der Norm entsprechend, als abweichend betrachtet und GiG erscheint als Notwendigkeit, um die Frau und den

⁴⁴ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Sadler et al. (2016): *«[...] can be analysed as forms of structural violence, invisible manifestations of violence that are built into the fabric of society, producing and reproducing social inequalities across groups»* (S. 50).

⁴⁵ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Cohen Shabot (2016): *«[...] is that the laboring body most often constitutes a healthy, powerful body that has much more in common with the dancing, running, or erotic body than it does with the pathological body in need of cure and healing»* (S. 233).

Reproduktionsprozess zu kontrollieren und die gesellschaftliche Ordnung der Unterwerfung herzustellen (Cohen Shabot, 2016; Sadler et al., 2016). Diese Kontrolle wird durch die **Machtposition** der Gesundheitsfachpersonen legitimiert, durch die Objektifizierung der Frau und ihres Körpers in der Medizin simplifiziert und manifestiert sich als GiG:

Wenn sie [Frauen] schwach sind und Hilfe brauchen, sind sie weiblich und es wird ihnen geholfen, aber wenn sie mit ihrem lauten, exuberanten Körper drohen das Wesen der Weiblichkeit zu untergraben, werden sie domestiziert und gewaltsam in ihre Schranken gewiesen. (Cohen Shabot, 2016, S. 244)⁴⁶

5.1.3 Gender und ökonomische Faktoren im Gesundheitswesen

Die Prozesse im Gesundheitswesen sind folglich von der Geschlechterstereotypisierung in der Gesellschaft geprägt und beeinflussen den weiblichen Körper und die Reproduktionsprozesse. Sadler et al. (2016) beschreiben, wie die Normen der Gesellschaft die **Prozesse im Gesundheitswesen** rund um Forschung und Praxis beeinflussen:

Der weibliche Körper und seine natürlichen Prozesse [werden] als Anomalien, Krankheiten oder Abweichungen dargestellt. Fach- und Laiendiskurse, die sich auf die Diagnose von Schwangerschaftssymptomen und auf die Rückkehr der Schwangeren in den Normalzustand nach der Geburt beziehen, sind einige von mehreren diskreten Markern der männlichen Normalisierung. (S. 51)⁴⁷

⁴⁶ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Cohen Shabot (2016): «[...] if you [women] are weak and in need of help, you are feminine and will be helped, but if you threaten to erode the essence of femininity with your noisy, exuberant body, you will be domesticated and violently put in your place» (S. 244).

⁴⁷ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Sadler et al. (2016): «The female body and its natural processes were [...] portrayed as abnormalities, diseases or deviances. Professional and lay discourses referring to the diagnosis of pregnancy symptoms and to the pregnant woman's return to the normal state after birth are some of several discrete markers of the male normalisation» (S. 51).

Diese Sichtweise wird durch Bellón Sánchez (2014) gestützt und dadurch erklärt, dass die Medizin androzentrisk geprägt ist. Diese Prägung beeinflusse die gebärenden Frauen, sowie die **weiblichen Gesundheitsfachpersonen** (Betron et al., 2018): Letztere «[...] wurden als nicht bereit, das Wort zu ergreifen, schwach, unentschlossen und inkompetent stereotypisiert» (S. 5)⁴⁸.

Diese Position vertreten auch Jewkes und Penn-Kekana (2015) und ergänzen, dass Gesundheitsfachpersonen, die GiG gegenüber Frauen ausüben, sich teilweise durch tiefe Entlohnung oder Gewaltaussetzung in ihrem Privatleben entmündigt fühlen. Die Gewaltanwendung könne dann als **Ausgleich mangelnder Machtpositionen** in anderen Lebensbereichen angesehen werden.

Da GiG als Form von **Gewalt gegen Frauen** verstanden wird, kann es sinnvoll sein, Erkenntnisse aus diesem Forschungsbereich, welcher die häusliche Gewalt miteinschliesst, für die Analyse und Bewältigung von GiG zu nutzen (Jewkes & Penn-Kekana, 2015). Die angesprochenen Gewaltanwendungen im häuslichen Umfeld als Form von *Gewalt gegen Frauen* werden gemäss der WHO (2012) von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst: Der ökonomische Status, sowie die Stabilität und Werterhaltung einer Gesellschaft sind für die Prävalenz von häuslicher Gewalt ausschlaggebend. Sozioökonomischer Stress und männliche Dominanz würden mit einem häufigeren Auftreten von häuslicher Gewalt korrelieren. Dies weist auf Unterschiede in der Prävalenz in verschiedenen Regionen hin. Gemäss García-Moreno et al. (2013) ist Gewalt in Beziehungen dennoch auf allen Kontinenten vertreten: Etwa jede dritte Frau ist betroffen, womit der Problematik globale Wichtigkeit zukommt. Die Studienergebnisse nach Briceño et al., (2018), die sich auf Aussagen von Frauen in Kolumbien beziehen, lassen sich aus obengenannten Gründen nur in begrenztem Mass auf andere Regionen übertragen.

5.2 Autoritatives Wissensgebiet

Bellón Sánchez (2014), Jewkes und Penn-Kekana (2015), sowie Sadler et al. (2016) bringen zum Ausdruck, dass die Medizin, wozu auch die Geburtshilfe gezählt wird, **keine objektive und neutrale Institution** darstellt. Vielmehr sei sie, wie Béllon

⁴⁸ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Betron et al. (2018): «[...] female health workers were stereotyped as unwilling to speak up, weak, indecisive and incompetent» (S. 5).

Sánchez (2014) dies formuliert, «[...] ein System beeinflusst von sozialen und persönlichen Wertvorstellungen und politischen und ökonomischen Einflüssen [...]» (S. 25)⁴⁹. Gemäss Jewkes und Penn-Kekana (2015) weisen die Machtdynamiken in der Geburtshilfe starke Parallelen zu gesellschaftlichen Ordnungen auf und stellen die Hauptursache für GiG dar. Diese Ansicht teilen auch Sadler et al. (2016). Sie sehen den Schlüssel zur Ausweitung der limitierten Sichtweise von GiG, welche sich auf Leidtragende und Viktimisierende konzentriert, in der Analyse kultureller und sozialer Dimensionen. Die unterschiedliche Sozialisierung von Frauen und Männern, sowie die daraus entstehenden naturalisierten und unsichtbaren Gewaltformen und **Machtdynamiken** sollen mehr Beachtung erhalten.

Eine Schwierigkeit dabei sei, dass die Medizin in der westlichen Gesellschaft als Institution fern von sozialen und ideologischen Einflüssen wahrgenommen wird und so die Auseinandersetzung mit GiG erschwere (Bellón Sánchez, 2014).

Diese Standpunkte vertrat auch Foucault (2001, 2011, 2014), indem er die Wissenschaftlichkeit der Medizin infrage stellt. Anhand soziologischer und historischer Analysen zeigt er auf, wie sich die Medizin durch ihre Einbettung in soziale, politische und ökonomische Geschehnisse zu einer Institution mit Macht und Kontrollfunktion entwickelte. Medizinisches Wissen und deren Praktiken beschränken sich in der heutigen wissenschaftlich-rationalisierten Gesellschaft nicht auf ihre angestammten Bereiche, wonach Foucault das Konzept der **Biopolitik** ableitete. Dieses Modell beschreibt, wie die Medizin Normen vorschreibt und legitimiert, sowie das Leben in normal und pathologisch einteilt. Die **Biopolitik** stellt eine subtile Machtform dar, da sie auf die Selbstregulation der Menschen abzielt und mit sozialen, ökonomischen und moralischen Sanktionen einhergehen kann (Foucault, 2001, 2011, 2014; Laufenberg in Friedrich, 2016).

Bellón Sánchez (2014) und Sadler et al. (2016) beziehen sich auf Foucaults Modell und verweisen darauf, dass Reproduktionsprozesse der Kontrolle verschiedener **normalisierender Institutionen** ausgesetzt waren (vgl. Kapitel 3.2.2). Um Normabweichungen der weiblichen Körper entgegenzuwirken, werden in den

⁴⁹ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Bellón Sánchez (2014): «To look at medicine as a system affected by social and personal values, and political and economic influences [...]» (S. 25).

medizinischen Institutionen Massnahmen zur Disziplinierung eingesetzt. Das Konzept der *Biopolitik* stellt demnach ein möglicher Faktor in der Entstehung von GiG dar, da normierende Massnahmen auch Gewaltformen annehmen können.

Die Medizin bestimmt allerdings nicht nur **Normen**, sondern ist wechselwirkend auch durch die in der Gesellschaft vorherrschenden Normen beeinflusst, was in den ausgewählten Arbeiten ersichtlich wird (Bellón Sánchez, 2014; Betron et al., 2018; Bohren et al., 2015; Briceño Morales et al., 2018; Cohen Shabot, 2016; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Sadler et al., 2016). In Bellón Sánchez' Worten gründe GiG in *«[...] einem komplexen Gefüge von Machtverhältnissen, in dem Geschlechter- und Wissenshierarchien eine wichtige Rolle spielen. Daraus ergeben sich negative Auswirkungen auf die Geburtshilfe, vor allem durch Medikalisierung, Autoritätsmissbrauch und Sexismus»* (2014, S. 12)⁵⁰. Dies entspricht nach Bohren et al. (2015) der Kategorie *Stigmatisierung und Diskriminierung*, was im strukturellen wie symbolischen Sinne Gewalt darstellt.

Machtverhältnisse, welche im Zitat als Ursache von GiG genannt werden, sind auch in anderen Arbeiten erkennbar: In der Medizin seien **Hierarchien** zu beobachten, die aus Abwertungen entstünden. Der gebärenden Frau komme in einem System der vertikalen Machtverteilung die rangniedrigste Position zu (Bellón Sánchez, 2014; Bohren et al., 2015; Briceño Morales et al., 2018; Cohen Shabot, 2016). Aus den Untersuchungen von Bohren et al. (2015) über Machtdynamiken als Einflussfaktor auf GiG geht Folgendes hervor:

Gesundheitsfachpersonen diskutierten, wie die hierarchische Autorität im Gesundheitssystem die Kontrolle legitimierte, die Gesundheitsfachpersonen über ihre Patientinnen und Patienten ausüben, und zur nachteiligen Behandlung von Frauen während der Geburt beitrug. Diese Machtunterschiede stellen Frauen an

⁵⁰ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Bellón Sánchez (2014): *«[...] that the issues reported by childbirth movements have their roots in a complex set of power relations, where gender and knowledge hierarchies play an important role. The result is a negative impact on childbirth assistance primarily from medicalization, abuses of authority and sexism»* (S. 12).

die unterste Stelle der Hierarchie, wo ihre Bedürfnisse und Anliegen von den Gesundheitsfachpersonen oft ignoriert oder als unwichtig betrachtet wurden. (S. 20)⁵¹

Diese Sichtweise wird auch durch die Analysen von Davis-Floyd und Sargent (1997) gestützt, welche sich mit dem **autoritativen Status** der Medizin beschäftigen. Die Auswirkungen der überlegenen Rolle, welche die Medizin – verkörpert durch Gesundheitsfachpersonen – innehatte, sollen mithilfe dieses Zitats verdeutlicht werden:

Eine Folge der Legitimation einer Art von Wissen als autoritativ ist die Abwertung, oft die Ablehnung aller anderen Arten von Wissen. [...] Die Konstituierung von autoritativem Wissen ist ein fortlaufender sozialer Prozess, der die Machtverhältnisse innerhalb einer handelnden Gesellschaft sowohl aufbaut als auch widerspiegelt. Dies geschieht in der Weise, dass alle Beteiligten die gegenwärtige soziale Ordnung als eine natürliche Ordnung sehen, das heisst, so, wie die Dinge (offensichtlich) sind. (Davis-Floyd & Sargent, 1997, S. 2)⁵²

Eine Naturalisierung der Ordnung, wie sie in diesem Zitat angesprochen wird, benennen die Arbeiten in Form von **Normalisierung der Gewalt** und der Erwartungshaltung der Frauen, eine schlechte Gesundheitsbetreuung zu erfahren (Bellón Sánchez, 2014; Bohren et al., 2015; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Sadler et al., 2016). Dies wird anhand folgender Aussage durch Sadler et al. (2016) sichtbar:

⁵¹ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Bohren et al. (2015): «*Health workers discussed how the hierarchical authority in the health system legitimized the control that health workers have over their patients and contributed to the detrimental treatment of women during childbirth. These power differentials place women at the bottom of the hierarchy, where their needs and concerns were often ignored or deemed as unimportant by health workers*» (S. 20).

⁵² Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Davis-Floyd und Sargent (1997): «*A consequence of the legitimation of one kind of knowing as authoritative is the devaluation, often the dismissal of all other kinds of knowing. [...] The constitution of authoritative knowledge is an ongoing social process that both builds and reflects power relationships within a community of practice. It does this in such a way, that all participants come to see the current social order as a natural order, that is, the way things (obviously) are*» (S. 2).

«[...] das von allen Akteuren geteilte Wissen erlaubt es nur, die Einrahmung der Gewalt [GiG] selbst so zu gestalten, als wäre sie ein natürlicher, erwarteter und akzeptierter Teil des Lebens» (S. 52)⁵³.

5.2.1 Paternalismus

Eine vertikale Hierarchie in der Medizin mit Gesundheitsfachpersonen in autoritativen Rollen, lässt sich aus dem **Paternalismus** herleiten (Koerfer & Albus in Busch & Spranz-Fogasy, 2015). Diese Grundhaltung kann sich in verschiedenen Gewaltformen manifestieren und in den ausgewählten Arbeiten an unterschiedlichen Stellen identifiziert werden.

Briceño Morales et al. (2018) und Bellón Sánchez (2014) benennen die in der Geburtshilfe teilweise vorhandene **monodirektionale Kommunikationsweise**, in der die gebärenden Frauen als bloße Informationsempfängerinnen betrachtet werden, was einer autoritativen Haltung der Gesundheitsfachpersonen entspreche. Solches Verhalten seitens der Gesundheitsfachpersonen wurde von Frauen als entmenslichend und entwürdigend erlebt (Briceño Morales et al., 2018).

Sowohl Bohren et al. (2015), wie auch Bellón Sánchez (2014) nennen zudem die **Compliance** als wichtigen Faktor in der Entstehung von GiG, welche auf medizinethischer Ebene dem Paternalismus zugeordnet wird: Dem Konzept liegt eine passive Rolle der Patientin, respektive des Patienten zugrunde, welche die Expertenmeinung der Gesundheitsfachperson duldsam empfangen müsse (Sabaté & WHO, 2003). Bohren et al. (2015) halten fest, dass

Hebammen Misshandlungen von Frauen [MoW] mit der Behauptung rechtfertigten, dass sie versuchten, ein sicheres Outcome für Mütter und Neugeborene zu gewährleisten, und entschuldigten die Ausübung körperlicher Misshandlung als 'Notwendigkeit', um die Compliance und ein sicheres Geburts-

⁵³ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Sadler et al. (2016): «[...] where the knowledge shared amongst all actors only allows framing the violence itself as if it were a natural, expected and accepted part of life» (S. 52).

Outcome zu gewährleisten, im Glauben, dass sie 'durch die Umstände [zu GiG] gezwungen' wurden. (S. 20)⁵⁴

Ein **paternalistisches Verhältnis** zwischen den Gesundheitsfachpersonen und der gebärenden Frau wird in der Arbeit von Briceño Morales et al. (2018) sichtbar. Die Arbeit fasst die Aussagen der interviewten Frauen über ihre Beziehung zum Personal bei der Geburt folgendermassen zusammen: *«Ärztinnen und Ärzte waren die zentralen Figuren während der Geburt. Sie waren alleinig für den Prozess verantwortlich, und jede Entscheidungsfindung war einseitig. Frauen wurden weder nach ihrer Meinung noch nach ihrer Zustimmung gefragt»* (Briceño Morales et al., 2018, S. 1313)⁵⁵. Diese Darlegung impliziert eine Machtausübung und Kontrolle durch das Gesundheitspersonal über die zu betreuenden Frauen (Bellón Sánchez, 2014; Betron et al., 2018; Bohren et al., 2015; Briceño Morales et al., 2018; Cohen Shabot, 2016; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Sadler et al., 2016).

Eine weitere Ebene der paternalistischen Praxis, welche sechs der sieben Arbeiten als Form von GiG betrachten, stellt das **Fehlen der informierten Entscheidung** durch die Gebärende dar: Zum einen seien die Voraussetzungen dazu durch voreingenommene, unvollständige oder unverständliche Informationen an die Frau nicht gegeben (Bellón Sánchez, 2014; Betron et al., 2018; Bohren et al., 2015; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Sadler et al., 2016). Zum anderen blieben geäußerte Wünsche, Vorstellungen und Entscheidungen oftmals unbeachtet (Bellón Sánchez, 2014; Betron et al., 2018; Bohren et al., 2015; Briceño Morales et al., 2018; Sadler et al., 2016).

Aus vorangehenden Schilderungen geht hervor, dass die paternalistische Grundhaltung in der Medizin GiG auf unterschiedlichen Ebenen verursachen kann.

⁵⁴ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Bohren et al. (2015): *«Nurse-midwives justified their mistreatment of women by claiming that they were attempting to ensure safe outcomes for mothers and babies, and excused the perpetration of physical abuse as a 'necessity' to ensure compliance and safe birth outcomes, believing that they were 'forced by circumstance'»* (S. 20).

⁵⁵ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Briceño Morales et al. (2018) *«Physicians were the central figures during labor. They were exclusively in charge of the process and any decision making was unilateral. Women were not asked for their opinions or for their consents»* (S. 1313).

Sie geht für die Frauen häufig mit einem Autonomieverlust, Objektifizierung und einer schlechten Beziehung zur Gesundheitsfachperson einher.

5.2.2 Medikalisierung

Bellón Sánchez (2014), Cohen Shabot (2016) und Sadler et al. (2016) führen die **Medikalisierung** als eines der Kernelemente von GiG auf und nennen diese sowohl als Form, wie auch als Ursache. Laut Cohen Shabot (2016) könne Medikalisierung zu «[...] *Erfahrungen der Entfremdung und Objektifizierung* [...]» (S. 241)⁵⁶ führen und den Frauen ein entmächtigendes Gefühl geben. So sei es möglich, dass die medikalisierte Geburtshilfe als gewaltvoll erlebt wird.

Die Medikalisierung als Form eines Prozesses der Entgrenzung der Medizin wird aus soziologischer Sichtweise schon länger als bedenklich beurteilt. In den 1970er Jahren wurde die Untersuchung des Phänomens in der Forschung populärer, und Kritik richtete sich gegen die wachsende **Definitionsmacht der Medizin** und die Reduktion sozialer Problematiken auf medizinisch-biologische Phänomene, womit ein politischer Diskurs verhindert werde. So komme der Medizin eine soziale Kontrollfunktion zu (Laufenberg in Friedrich, 2016). Ein Wegbegründer der Medikalisierungs-Kritik, Illich (1982), äussert sich zur Medizin folgendermassen:

In jeder Gesellschaft definiert die Medizin, wie das Gesetz und die Religion, was normal, richtig oder wünschenswert ist. [...] Der Richter bestimmt, was legal ist und wer schuldig ist. Der Priester erklärt, was heilig ist und wer ein Tabu gebrochen hat. Der Arzt entscheidet, was ein Symptom ist und wer krank ist.

(S.15)⁵⁷

⁵⁶ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Cohen Shabot (2016): «[...] if we want to grasp all its complexity and specificity, it must be understood not only as containing elements of dehumanization and objectification, in common with other forms of medicalization, but also in reference to its gendered aspects» (S. 241).

⁵⁷ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Illich (1982): «In every society, medicine, like law and religion, defines what is normal, proper, or desirable. [...] The judge determines what is legal and who is guilty. The priest declares what is holy and who has broken a taboo. The physician decides what is a symptom and who is sick» (S. 15).

In der Arbeit von Sadler et al. (2016) wird auf ebendiese sozialwissenschaftlichen und philosophischen Analysen, eingegangen. Dabei wird die medikalisierte Geburtshilfe als Form struktureller Gewalt betrachtet. Eine Aussage, die durch Kraienhemke (2019) gestützt wird: Durch die **Risikoorientierung**, welche die Medikalisierung mit sich bringt, werden die Normen und Grenzen in der Geburtshilfe immer enger gezogen, was unter anderem mit zahlreichen Interventionen verbunden ist. Gemäss Sadler et al. (2016) konnten Evidenzen zur Schädlichkeit von zu häufig verwendeten medizinischen Interventionen, die Praxis nur begrenzt beeinflussen. Dies weise auf einen Missbrauch der Medikalisierung hin.

Zudem bringt Conrad (2007) an, dass der weit verbreiteten Medikalisierung Prozesse der **Pathologisierung** entspringen können. Die Pathologisierung drücke sich in der Geburtshilfe, gemäss dem Gesetzestext von Venezuela (2007) in der Übersetzung durch Pérez D'Gregorio (2010), als Form von GiG aus⁵⁸.

Mit dem Ziel, mehr Sicherheit zu schaffen, hat die Medikalisierung schliesslich auch in der Geburtshilfe Einzug gehalten und birgt dort Gefahren, eine nicht evidenzgestützte Praxis zu fördern, welche Objektifizierung und schädliche Interventionen mit sich bringen und somit das Auftreten von GiG fördern kann.

5.3 Strukturelle Bedingungen

Die vorangehenden Ausführungen lassen den Schluss zu, dass Prozesse im Gesundheitswesen in direktem Bezug zur Gesellschaft stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Diese Interaktion finde sich laut Bellón Sánchez (2014), Betron et al. (2018), Bohren et al. (2015), Briceño Morales et al. (2018), Jewkes und Penn-Kekana (2015), sowie Sadler et al. (2016) auch in der **Ökonomie und Forschung** wieder. Die beiden Faktoren beeinflussen gemäss den Arbeiten die Geburtshilfe und können zur Entstehung von GiG beitragen. Sadler et al. (2016) vertreten die Ansicht, dass GiG nicht nur in menschlicher Interaktion, sondern auch durch Zustände in

⁵⁸ Gesetzestext von Venezuela (Gaceta Oficial de La República Bolivariana de Venezuela, 2007) in der Übersetzung durch Pérez D'Gregorio (2010) «*In Article 15, 19 forms of violence are described, including obstetric violence, which is defined as: '...the appropriation of the body and reproductive processes of women by health personnel, which is expressed as dehumanized treatment, an abuse of medication, and to convert the natural processes into pathological ones, bringing with it loss of autonomy and the ability to decide freely about their bodies and sexuality, negatively impacting the quality of life of women.'*» (S. 201)

medizinischen Institutionen entsteht, welche zur Entwürdigung oder Erniedrigung der Frauen führen können. Diese Sichtweise würde die Betrachtung für Ursachen von GiG weiter öffnen.

Die Ungleichheit, welche zwischen den Geschlechtern besteht, setze sich in der **Ressourcenverteilung** fort (Bellón Sánchez, 2014; Betron et al., 2018; Bohren et al., 2015; Briceño Morales et al., 2018). Jewkes und Penn-Kekana. (2015) erklären diesen Zusammenhang wie folgt:

Das wesentliche Merkmal von Gewalt gegen Frauen ist, dass sie aus der strukturellen Genderungleichheit resultiert, d.h. aus der untergeordneten Stellung von Frauen in der Gesellschaft im Vergleich zu Männern. Dies wertet die Leben von Frauen und Mädchen systematisch ab und ermöglicht so die in vielen Ländern unangemessen niedrige Ressourcenallokation für die Geburtshilfe. (S. 1)⁵⁹

Gestützt wird diese Ansicht durch die WHO (2015), welche feststellt, dass sich ungleiche Machtbeziehungen, sowie geschlechterspezifische Normen und Werte zum Nachteil der Frauen auswirken: Sie zeigen sich in ungerechtem Zugang zu Gesundheitsressourcen und wenig Kontrolle darüber. Somit kann GiG im Sinne von Galtung (1998) als strukturelle Form von Gewalt betrachtet werden, welche teilweise in ungerechter Ressourcenallokation gründet. Diese komme gemäss Betron et al. (2018) auch in tiefen Löhnen des traditionellerweise weiblichen Pflegepersonals zum Ausdruck, welche besonders in *Low- und Middle Income Countries* die Lebenskosten nicht decken können. Daraus entstehe **finanzieller Stress**, der sich in geringem Selbstwertgefühl und einer verminderten Qualität der Betreuung manifestieren könne. Auch Bohren et al. (2015) sehen tiefe Löhne in Kombination mit hoher Arbeitsbelastung, langen Arbeitszeiten und einer unzureichenden Infrastruktur für ein stressiges Umfeld verantwortlich, was die Entstehung von GiG begünstige.

⁵⁹ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Jewkes und Penn-Kekana. (2015): «*The essential feature of violence against women is that it stems from structural gender inequality, i.e., women's subordinate position in society as compared to men. This systematically devalues the lives of women and girls and thus enables the inappropriately low allocation of resources to maternity care that is found in many countries*» (S. 1).

5.3.1 Ökonomisierung

Die fortschreitende liberalistische Ökonomisierung medizinischer Einrichtungen, so Bellón Sánchez (2014) und Briceño Morales et al. (2018), führe auf unterschiedlichen Ebenen zur Entstehung von GiG. Gemäss Bellón Sánchez (2014) müssten Spitäler zunehmend **industrielle Produktivitätsstandards** erfüllen, wodurch die gebärenden Frauen als Arbeitskräfte angesehen und wie solche kontrolliert und diszipliniert würden. Das *‘Endprodukt’* – ein gesundes Neugeborenes – sei dabei von höchster Wichtigkeit, während der Prozess der Geburt in eine sekundäre Rolle gedrängt werde. Dadurch können sich Frauen ausgebeutet und entmächtigt fühlen. Parallel dazu berichten die in der Arbeit von Briceño Morales et al. (2018) interviewten Frauen sich durch die Steuerung des Geburtsprozesses seitens der Gesundheitsfachpersonen als Arbeitsgegenstand gefühlt zu haben. Zusätzlich liege dem kolumbianischen Gesundheitssystem eine Segregation der Menschen basierend auf dessen **sozioökonomischen Status** zugrunde, wobei Frauen mit höherem Einkommen bei der Gesundheitsversorgung priorisiert würden. Auch die WHO (2015) hält fest, dass *«[...] die Geburtshilfe, welche Frauen erhalten, stark mit ihrem Einkommen assoziiert ist [...]»* (S. 83)⁶⁰. Das Phänomen, bei welchem Menschen mit tieferem sozioökonomischem Status eine schlechtere Gesundheit aufwiesen, sei weltweit zu beobachten⁶¹. In *Low Income Countries* wäre dies aber aufgrund grösserer Diskrepanzen in Bildung und Einkommen stärker ausgeprägt. Es darf also angenommen werden, dass der sozioökonomische Status eines Menschen das Auftreten von GiG beeinflussen kann. Zur Bewältigung des Phänomens sind folglich Veränderungen auf politischer Ebene für eine gerechtere Gesundheitsversorgung anzustreben.

Die zunehmende Orientierung des Gesundheitswesens an ökonomischen Standards könnte auch dem **Dienstleistungsprinzip** in der Medizin Aufschwung verleihen

⁶⁰ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von der WHO (2015): *«[...] the delivery care women receive is strongly associated with their income [...]»* (S. 83).

⁶¹ Die Untersuchung von Spoerri et al. (2006) erforschte in der Deutschschweiz Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Menschen mit tiefem und hohem Bildungsstatus, welcher deren sozioökonomischen Status beeinflusst. Bei den Frauen bestand in den unterschiedlichen Altersgruppen zwischen dem tiefsten Ausbildungsstand (Grundschule oder tiefer) und dem höchsten Ausbildungsstand (universitär) ein Unterschied in der Lebenserwartung von 2.2 bis 3.6 Jahren mehr, zugunsten letzterer.

haben. Dies zeigt sich an gewissen Stellen auch in den ausgewählten Arbeiten: Briceño Morales et al. (2018) weisen auf eine Segregation im Gesundheitswesen auf Basis von Kaufkraft hin. Daraus entsteht eine ungerechte Gesundheitsversorgung, die sozioökonomisch schlechter gestellte Menschen benachteiligt (WHO, 2015). Die Gesundheit werde gemäss dem Dienstleistungsprinzip zunehmend als Ware gehandelt, was sich im Liberalismus widerspiegle (Koerfer & Albus in Busch & Spranz-Fogasy, 2015; Friedrich, 2016). In Foucaults Augen ist der **Liberalismus**, welcher durch die Ökonomisierung an Bedeutung gewonnen hat, besonders dazu geeignet, die *Biopolitik* umzusetzen. Dies liege an der libertären Vorstellung, dass Probleme als Frage persönlicher Dispositionen betrachtet würden. Den Individuen komme die volle Verantwortung für ihre Entscheidungen und ihr Wohlergehen zu. Diejenigen, die unter den gesellschaftlichen Bedingungen nicht gediehen, müssten lediglich sich selbst Vorwürfe machen (Foucault, 2011, 2014; Friedrich, 2016).

Im Wissen, dass nicht alle Menschen in der Gesellschaft die gleichen Voraussetzungen und Ressourcen haben, welche zum Treffen von freien Entscheidungen nötig wären, kann eine libertäre Ethik in der Medizin nicht bedenkenlos unterstützt werden. Menschen mit unterschiedlichen Diskriminierungsfaktoren wie Geschlecht, Alter und Ethnie würden benachteiligt und unzureichend vor Umständen geschützt werden, welche zu GiG führen können.

5.3.2 Forschung

Die ausgewählten Arbeiten weisen darauf hin, dass Forschung einen Beitrag zur Eindämmung von GiG leisten kann und das Phänomen bis anhin noch nicht in ausreichendem Umfang und genügender Qualität untersucht wurde (Bellón Sánchez, 2014; Betron et al., 2018; Bohren et al., 2015; Briceño Morales et al., 2018; Cohen Shabot, 2016; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Sadler et al., 2016). Dies zu tun sei von besonderer Wichtigkeit, da die Problematik nur umfänglich angegangen werden könne, wenn die komplexen Ursachen dafür bekannt seien. Dazu bedürfe es einer **interdisziplinären Zusammenarbeit**. Betron et al. (2018), sowie Jewkes und Penn-Kekana (2015) ermahnen die Forschenden dazu, nicht vor diesem gesellschaftlich unangenehmen und tabuisierten Thema zurückzuschrecken.

Die Perspektiven auf GiG, welche in den ausgewählten Arbeiten aufgezeigt werden, fordern von Forschenden, Gesundheitsfachpersonen und der Gesellschaft verschiedene Massnahmen zur Bearbeitung und Bewältigung der Problematik.

6 Schlussfolgerungen

Es soll festgehalten werden, dass die Ursachen von GiG noch nicht umfänglich geklärt sind und diesbezüglich Forschungsbedarf besteht. Aus den Resultaten der ausgewählten Arbeiten geht GiG als komplexes Phänomen hervor, dessen Ursachen in verschiedenen Dimensionen zu finden sind.

Ein Faktor, der zum Verständnis von GiG zentral ist, zeigt sich in den vorherrschenden **gesellschaftlichen Normen**, welche die Praktiken der Geburtshilfe beeinflussen. Ein Bereich, der aufgrund der engen Verbindung zwischen der Geburtshilfe und der Frau von grosser Bedeutung ist, sind die **Genderungleichheiten**. Diese diskriminieren Frauen systematisch und können sich in symbolischer und struktureller Gewalt gegen sie manifestieren. Eine der Gewaltformen, welche *Gewalt gegen Frauen* zugeordnet werden kann, ist diejenige in der Geburtshilfe. Auch auf Ebene des Zugangs zu Wissen und Ressourcen ist eine Benachteiligung von Frauen zu sehen, was das Auftreten von GiG zusätzlich begünstigt. Ursachen für GiG können auch in weiteren strukturellen und gesellschaftlichen Prozessen verankert sein, wie der **Ökonomisierung** und **Medikalisierung** des Gesundheitssystems, welche falsche Anreize und Schwerpunkte setzen und sich auf das Leben der Frauen und ihren Familien negativ auswirken können.

Gesellschaftliche Ungleichheiten anzugehen, muss folglich das primäre Ziel zur Bewältigung von GiG sein. Im Spezifischen wird die Politik in der Verantwortung gesehen, die Rechte der Frauen im Gesundheitswesen zu schützen und zu garantieren sowie eine gerechte Ressourcenverteilung umzusetzen. Weiter muss das **Bewusstsein in der Gesellschaft** für die Thematik geschärft, die Gleichstellung der Frauen vorangetrieben und Grundsätze für eine unvoreingenommene Meinungsbildung geschaffen werden. Auf berufspolitischer Ebene sollen die Implementierung und Überprüfung der Einhaltung von Richtlinien, welche sich an evidenzbasiertem Wissen und ethischen Prinzipien orientieren, angestrebt werden.

Als weiterer wichtiger Faktor zeigt sich die **Reflexion des Gesundheitspersonals** über ihr eigenes Menschenbild im Zusammenhang mit Themen wie den Menschenrechten und Genderungleichheit, welche GiG beeinflussen.

6.1 Bezug Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen

Im Folgenden werden Aussagen für die Berufsgruppe der Hebamme gemacht. Resultate aus den ausgewählten Arbeiten werden mit dem ICEM (ICM, 2014a) in Verbindung gebracht. Bei allfälligen Unklarheiten bezüglich der Leitsätze wurde die deutsche Übersetzung des SHV (1994) hinzugezogen. Beide Versionen sind dem *Anhang D: Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen* zu entnehmen.

Aufgrund der vorangegangenen Analysen kann die Annahme getroffen werden, dass dem Kodex die **Diskursethik** zugrunde liegt. Dies wird bereits in der Einleitung und den ersten Leitsätzen an den Begrifflichkeiten *Mutual Relationship* und *Partnership* sichtbar.⁶² Eine explizite Stellungnahme der ICM bezüglich ethischer Grundhaltung ist wünschenswert, um den Interpretationsspielraum zu verkleinern.

Entgegen dieser Annahme steht die Übersetzung des SHV (1994), welcher den Leitsatz I. a. mit der Grundhaltung einer eher *libertären Ethik* übersetzt: Die Frau trage die Verantwortung für die Entscheidungen laut dem Leitsatz I. A.⁶³ allein. Eine Interpretation, die mit dem Leitsatz III. B.⁶⁴, jedoch an Gewicht verliert. Um diese Situation aufzulösen, wäre eine explizite Ausführung des ICM-Leitsatzes I. a.⁶⁵ erforderlich: Grammatikalisch sollte eindeutig lesbar sein, welche Parteien mit den

⁶² **Einleitung:** «*This code [...] is based on mutual relationships of respect, trust and dignity [...]*» (ICM, 2014a).

Überschrift I: «*Midwifery Relationship*» (ICM, 2014a)

Leitsatz I. a.: «*Midwives develop a partnership with individual women in which they share relevant information that leads to informed decision-making, [...], and acceptance of responsibility for the outcome of their choices*» (ICM, 2014a).

Weitere Diskursethikbezüge in den Leitsätzen (siehe Anhang D): I. b.; I. d.; II. a.; III. b.

⁶³ **Leitsatz I. A.:** «*Hebammen respektieren das Recht der Frau, informiert zu sein und auswählen zu können, und fördern deren Bereitschaft, die Verantwortung für die Entscheidungen zu übernehmen*» (SHV, 1994).

⁶⁴ **Leitsatz III. B.:** «*Hebammen sind für ihre Entscheidungen, ihr Handeln sowie für die Konsequenzen, die daraus bei der Betreuung der Frauen entstehen können, verantwortlich*» (SHV, 1994).

⁶⁵ **Leitsatz I. a.:** «*Midwives develop a partnership with individual women in which **they** share relevant information that leads to informed decision-making, consent to an evolving plan of care, and acceptance of responsibility for the outcome of **their** choices*» (ICM, 2014a).

Personalpronomen *they* und *their* inkludiert sind. In der Berücksichtigung der Diskursethik und der Annahme, dass diese für das Reduzieren des Auftretens von GiG wertvoll ist, wären die Hebamme sowie die Frau im Personalpronomen eingeschlossen. Sie sollten im Diskurs miteinander stehen und die Verantwortung für getroffene Entscheidungen teilen. Die Autonomie beider Parteien könnte gewahrt werden, was das Auftreten von GiG mindern würde.

Dem Berufskodex lassen sich weitere Faktoren entnehmen, welche zur Minderung von GiG beitragen können: Im Leitsatz II. a.⁶⁶ ist verankert, dass sich Hebammen dafür einsetzen, Frauen unterschiedlicher Kulturen gleichberechtigt zu betreuen. Dies spricht die Ebene der **Intersektionalität** an, welche das Risiko erhöht, GiG ausgesetzt zu sein. Es wird dazu aufgerufen, dass sich Hebammen gegen *Harmful Practices* in der Gesellschaft einsetzen. Von der WHO (2015) werden diese als Menschenrechtsverletzungen beschrieben, welche den sozialen Normen und Genderungleichheiten entspringen. Diese Faktoren zeigen sich ebenfalls in der Entstehung von GiG. Es lässt sich daraus den Schluss ziehen, dass sich Hebammen gegen die Ursachen von *Harmful Practices* einsetzen sollen, womit auch die Ursachen von GiG angegangen werden. Dies zeigt sich auch im Leitsatz I. c.⁶⁷, welcher dazu aufruft, Frauen zu bestärken und sich für ihre Anliegen einzusetzen. Dieser Grundsatz ist in der Übersetzung des ICEM aus dem Jahr 1993 durch den SHV (1994) noch nicht aufgeführt. Somit kann angenommen werden, dass die Thematik der **Genderungleichheit** in der Diskussion um eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zunehmend relevanter wurde, was als wichtige Voraussetzung zur Minderung von GiG erscheint. Diese Vermutung wird durch den Leitsatz III. e.⁶⁸ bestärkt, welcher besagt, dass Hebammen ihr Verständnis über die Konsequenzen von **Menschenrechtsverletzungen** und Missachtung ethischer Grundsätze erweitern sollen.

⁶⁶ **Leitsatz II. a.:** «Midwives provide care for women and childbearing families with respect for cultural diversity while also working to eliminate harmful practices within those same cultures» (ICM, 2014a).

⁶⁷ **Leitsatz I. c.:** «Midwives empower women/families to speak for themselves on issues affecting the health of women and families within their culture/society» (ICM, 2014a).

⁶⁸ **Leitsatz III. e.:** «Midwives understand the adverse consequences that ethical and human rights violations have on the health of women and infants, and will work to eliminate these violations» (ICM, 2014a).

Die vorausgegangenen Analysen zeigen auf, dass GiG neben einer Menschenrechtsverletzung auch einen **Bruch mit den Leitsätzen** des ICEM (ICM, 2014a) darstellt. Dem Ethik-Kodex kann entnommen werden, dass sich Hebammen aktiv einsetzen sollen, um Ursachen von GiG anzugehen. Die *autoritative Ethik* hat sich als ungenügend erwiesen, die Autonomie der Frau zu schützen. Ebenso zeigt sich die *libertäre Ethik* im Schutz vor Diskriminierung unzureichend. Die ethische Grundhaltung, welche für die Bewältigung von GiG als zentral erscheint, ist die Diskursethik, welche den Hebammen als Grundsatz dienen soll.

Bellón Sánchez (2014) stellt folgendes Gedankenexperiment an:

Was würde passieren, wenn angehende Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte und Hebammen die Möglichkeit hätten, mit Aktivistinnen und Aktivisten für Geburtshilfe zu sprechen? Und über Genderfragen, die Geschichte der Wissenschaft, die Soziologie der Geburt oder Rechtstexte zu geburtshilflicher Gewalt zu lesen? Würde es etwas an einigen Problemen ändern, die in dieser Forschung aufgezeigt wurden? (S. 101)⁶⁹

Und was würde passieren, wenn die Gesundheitsfachpersonen selbst, uns Hebammen eingeschlossen, zu Aktivistinnen und Aktivisten für eine respektvolle Geburtshilfe werden würden?

Es liegt auf der Hand, dass die Berufsethik nicht ausreichen kann, GiG umfassend anzugehen, da die Ursachen dieser Gewaltform in gesellschaftlichen Begebenheiten liegen. Indem sie ein Engagement zur GiG-Bekämpfung einfordert, legt sie die Basis dafür, die Problematik auch über den reinen Berufsrahmen anzugehen. Eine vertiefte Auseinandersetzung zur Erkennung von soziostrukturellen Zusammenhängen, die in der Ausbildung umfassend behandelt werden soll, könnte Hebammen aktiv werden

⁶⁹ Wörtliche Übersetzung aus dem Original von Bellón Sánchez (2014): «*What would happen if potential physicians, nurses and midwives could have the chance to talk with childbirth activists? And to read about gender issues, the history of science, the anthropology of childbirth or obstetric violence legal texts? Would it change some of the issues pointed out in this research?*» (S. 101).

lassen, die Gesellschaft und Politik dafür zu sensibilisieren, damit Grundlagen zur Beseitigung von GiG geschaffen werden können.

6.2 Limitationen

Die Bachelorarbeit kann als Überblick über die aktuell bestehenden Arbeiten zur Thematik GiG in soziostrukturellem Kontext verstanden werden. Es wird dabei nicht der Anspruch erhoben, eine vollumfängliche Abbildung der aktuellen Literatur zu leisten.

Da der aktuelle Forschungsstand die soziostrukturellen Ursachen von GiG nicht ausreichend beleuchtet, wurde für die Bachelorarbeit Literatur mit niedrigem Evidenzlevel berücksichtigt. Zudem wurden Arbeiten aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen gewählt, um das Phänomen vielschichtig zu beleuchten. Es ist jedoch zu betonen, dass die Autorinnen dieser Bachelorarbeit ein Studium zur Hebamme absolvieren und somit nur begrenzt Kompetenzen in soziologischen und philosophischen Bereichen aufweisen.

Weiter gilt es festzuhalten, dass für GiG bis anhin keine einheitliche Definition besteht. So gehen in den Untersuchungen unterschiedliche Resultate zu Prävalenz und Ursachen hervor.

Der Fokus der Bachelorarbeit auf Gewalt um den Zeitpunkt der Geburt, limitiert deren Aussagekraft für die Schwangerschaft und postpartale Phase. Um evidenzbasierte Aussagen über Gewaltanwendungen in der gesamten Reproduktionsphase der Frau zu treffen, müsste spezifische Forschung betrieben werden.

Literaturverzeichnis

- Abels, H. (2020). *Soziale Interaktion*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A.-B., Gemmill, A., ... Say, L. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 387(10017), 462–474. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)
- Androzentrismus. (2020). In Duden (Hrsg.), *DUDEN*. Abgerufen von <https://www.duden.de/node/6083/revision/6110>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). New York: Oxford University Press.
- Becker, R., Kortendiek, B., & Budrich, B. (Hrsg.). (2010). *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie* (3. Auflage). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bellón Sánchez, S. (2014). Obstetric Violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues? [Masterarbeit]. Abgerufen 1. August 2019, von <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298064>
- Betron, M. L., McClair, T. L., Currie, S., & Banerjee, J. (2018). Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: A mapping review and gender analysis. *Reproductive Health*, 15(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0584-6>

BFS, Sektion Kriminalität und Strafrecht. (2019). Häusliche Gewalt. Abgerufen 16.

März 2020, von Bundesamt für Statistik website:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kriminalitaet-strafrecht/polizei/haeusliche-gewalt.assetdetail.10489287.html>

Birthrights. (2020). Birthrights: Protecting Human Rights in Cildbirth. Abgerufen 2.

März 2020, von Birthrights: Protecting Human Rights in Cildbirth website:

<https://www.birthrights.org.uk/>

Bittkowski, M. (2014). *Natürlicher Libertarismus. Kritische Studien im Umkreis von*

Robert Kanes Theorie libertarischer Willensfreiheit (Heidelberg University

Library). Abgerufen von [http://archiv.ub.uni-](http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/id/eprint/17731)

[heidelberg.de/volltextserver/id/eprint/17731](http://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/id/eprint/17731)

Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., ...

Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in

four countries: A cross-sectional study with labour observations and

community-based surveys. *Lancet (London, England)*, 394(10210), 1750–

1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ...

Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in

Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS*

Medicine, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

Bourdieu, P. (2015). *Sozialer Sinn: Kritik der theoretischen Vernunft* (9. Auflage; G.

Seib, Übers.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (2016). *Die männliche Herrschaft* (3. Auflage; J. Bolder, Übers.).

Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth* (Harvard School of Public Health University Research Co., Hrsg.). Abgerufen von https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf
- Briceño Morales, X., Enciso Chaves, L. V., & Yepes Delgado, C. E. (2018). Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective. *Qualitative Health Research*, 28(8), 1308–1319. <https://doi.org/10.1177/1049732318763351>
- Busch, A., & Spranz-Fogasy, T. (2015). Dialogische Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient. In *Handbuch Sprache in der Medizin*. Abgerufen von <https://www.degruyter.com/view/title/125599>
- Butler, J. (1999). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.
- CEDAW. (1979). *Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau*. Abgerufen von Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women website: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19983322/201606150000/0.108.pdf>
- CEDAW. (2017). *General recommendation No.35 on gender-based violence against women, updating general recommendation No.19. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. Committee on the Elimination of Discrimination against Women.

- Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies «Feminine»: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies; Dordrecht*, 39(2), 231–247. <http://dx.doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>
- Congresso Argentino. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. , Pub. L. No. Ley 26.485, § 45, 26.458 19 (2009).
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cooper, I. (2016). What is a “mapping study?”. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 104, 76–78. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.104.1.013>
- Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4. Auflage). Los Angeles: Sage.
- Crenshaw, K. (2015). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1). Abgerufen von <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3. Auflage). Thousand Oaks: Sage.
- Criado-Perez, C. (2019). *Invisible women: Data bias in a world designed for men*. New York: Abrams Press.
- Crookes, P., & Davies, S. (Hrsg.). (2004). *Research into practice: Essential skills for reading and applying research in nursing and health care* (2. Auflage). Edinburgh: Baillière Tindall.

Davis-Floyd, R., & Sargent, C. F. (1997). *Childbirth and authoritative knowledge:*

Cross-cultural perspectives. Berkeley: University of California Press.

Degele, N. (2008). *Gender, Queer Studies: Eine Einführung*. Paderborn: Fink.

Deutscher Bundestag. (1995). *Deutscher Bundestag: Stenographischer Bericht, 41.*

Sitzung (Plenarprotokoll Nr. 13/41; S. 184). Abgerufen von Bundesanzeiger

Verlagsgesellschaft mbH website:

<http://dipbt.bundestag.de/doc/btp/13/13041.pdf>

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Bundesgesetz

über das elektronische Patientendossier (EPDG). , SR 816.1 § (2017).

Ehrensberger, M., Matic, I., & Steiner, F. (2016). *Informed Consent: Literaturbericht,*

Verständlichkeitsmodell und Evaluation der swissethics-Templates. Abgerufen

von [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/forschung-am-](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/forschung-am-menschen/forschung-)

https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/biomed/forschung-am-menschen/forschung-biomedizin/Verst%C3%A4ndlichkeitsstudie%20Informed%20Consent.pdf.download.pdf/Schlussbericht_ZHAW%20Informed%20Consent%20Bericht%20zu-handen%20BAG%2031%208%202016.pdf

<https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/18830> Lizenz (gemäss

Verlagsvertrag): Lizenz gemäss Verlagsvertrag Departement:

Angewandte Linguistik Organisationseinheit: Institut für Übersetzen

und Dolmetschen (IUED) Institute of Language Competence (ILC) Publiziert

im Rahmen des ZHAW-Projekts: Informed Consent in verständlicher

Form Enthalten in den Sammlungen: Publikationen Angewandte Linguistik

Engle, M., & Cosgrave, T. (2011). *Critically Analyzing Information Sources* | Olin &

Uris Libraries. Abgerufen 11. Februar 2020, von Cornell University Library

website: <https://olinuris.library.cornell.edu/content/critically-analyzing-information-sources>

Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality* (1st ed). New York, NY: Basic Books.

Feminismus. (2015). In Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (Hrsg.), *Der deutsche Wortschatz von 1600 bis heute*. Abgerufen von <https://www.dwds.de/wb/Feminismus>

Foucault, M. (2001). *Das Leben der infamen Menschen* (W. Seitter, Übers.). Berlin: Merve-Verlag.

Foucault, M. (2011). *Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks* (Ungekürzte Ausg; W. Seitter, Übers.). Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.

Foucault, M. (2014). *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses* (19. Aufl; W. Seitter, Übers.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Franzese, A. T., & McCurdy, A. L. (2016). Reproduction. In *Encyclopedia of Family Studies* (S. 1–9). <https://doi.org/10.1002/9781119085621.wbefs262>

Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173–206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>

Friedrich, O. (Hrsg.). (2016). *Nietzsche, Foucault und die Medizin: Philosophische Impulse für die Medizinethik*. Bielefeld: Transcript.

Fröhlich, G., & Rehbein, B. (Hrsg.). (2014). *Bourdieu-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung* (Sonderausgabe). Stuttgart Weimar: Verlag J.B: Metzler.

Fuchs-Heinritz, W. (Hrsg.). (1977). *Lexikon zur Soziologie. 1: Aam - Latenz* (19.-23.

Tsd). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Gaceta Oficial de La República Bolivariana de Venezuela. *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.* , Pub. L. No. N° 38.668, 41 (2007).

Gaceta Oficial del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Ley Número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. , Pub. L. No. 0054/2008, 235 749.2014 40 (2008).

Galtung, J. (1998). *Frieden mit friedlichen Mitteln: Friede und Konflikt, Entwicklung und Kultur.* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.* Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Green, M. H. (2008). *Making women's medicine masculine: The rise of male authority in pre-modern gynaecology.* Oxford ; New York: Oxford University Press.

Haaf, M. (2018). Fass mich nicht an! *Süddeutsche Zeitung*. Abgerufen von <https://www.sueddeutsche.de/leben/geburtshilfe-fass-mich-nicht-an-1.3930451>

Haerle, W. (2018). *Ethik* (2. Auflage). Boston, MA: De Gruyter.

Harding, S. G. (1991). *Whose science? Whose knowledge? thinking from women's lives.* Ithaca, N.Y: Cornell University Press.

- Hiemetzberger, M. (2016). *Berufsethik und Berufskunde: Ein Lehrbuch für Pflegeberufe*. Wien: facultas.wuv - Maudrich.
- Höffe, O., Forschner, M., Horn, C., & Vossenkuhl, W. (Hrsg.). (2008). *Lexikon der Ethik* (Originalausgabe, siebente, neubearbeitete und erweiterte Auflage). München: Verlag C.H. Beck.
- ICM. (2014a). *International Code of Ethics for Midwives* [Kerndokument]. Abgerufen von International Confederation of Midwives website:
<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- ICM. (2014b). *Keeping Birth Normal* [Stellungnahme]. Abgerufen von International Confederation of Midwives website:
<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>
- ICM. (2017). *International Definition of the Midwife* [Kerndokument]. Abgerufen von International Confederation of Midwives website:
https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf
- ICM. (2018). Who We Are. Abgerufen von International Confederation of Midwives website: <https://www.internationalmidwives.org/about-us/international-confederation-of-midwives/>
- Illich, I. (1982). *Medical nemesis: The expropriation of health*. New York: Pantheon Books.

- Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001849. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>
- Kailitz, Susanne. (2007). Johan Galtung, Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung, Reinbek bei Hamburg 1975. In Steffen Kailitz (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Politikwissenschaft* (S. 133–136). https://doi.org/10.1007/978-3-531-90400-9_36
- Käsler, D. (Hrsg.). (2005). *Aktuelle Theorien der Soziologie: Von Shmuel N. Eisenstadt bis zur Postmoderne* (Orig.-Ausg). München: Beck.
- Käsler, D. (Hrsg.). (2007). *Klassiker der Soziologie: Von Talcott Parsons bis Anthony Giddens* (5., überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage). München: Beck.
- Kleibel, V., & Mayer, H. (2011). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe* (2., überarbeitete Auflage). Wien: Facultas.wuv Universitätsverlag.
- Kraienhemke, M. (2019). *Die Theorie der Hebammenidentitäts-Konstruktion im Kontext von interprofessioneller Zusammenarbeit und Medikalisierung der Geburt* (Bremen). Abgerufen von <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-00108532-19>
- Kreienbrock, L., Pigeot, I., & Ahrens, W. (2012). *Epidemiologische Methoden* (5. Aufl). Berlin: Springer, Spektrum.
- Laqueur, T. (2003). *Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud* (10. print). Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

- Leitfaden Bachelorarbeit: BSc-Studiengang Hebamme.* (2015). Abgerufen von https://moodle.zhaw.ch/pluginfile.php/2271270/mod_resource/content/1/Ltfdn-BA_Dept-G-V5_2_Hebamme_HB17_18.02.2020.pdf
- Lewin, S., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Carlsen, B., Colvin, C. J., Gülmezoglu, M., ... Rashidian, A. (2015). Using Qualitative Evidence in Decision Making for Health and Social Interventions: An Approach to Assess Confidence in Findings from Qualitative Evidence Syntheses (GRADE-CERQual). *PLOS Medicine*, 12(10), e1001895. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001895>
- Loytved, C. (Hrsg.). (2001). *Von der Wehemutter zur Hebamme: Die Gründung von Hebammenschulen mit Blick auf ihren politischen Stellenwert und praktischen Nutzen*. Osnabrück: Rasch.
- Loytved, C., Wahrig-Schmidt, B., & Universität Osnabrück (Hrsg.). (1997). *Dem Hebammenwissen auf der Spur: Zur Geschichte der Geburtshilfe*. Osnabrück: Fachgebiet Gesundheits- und Krankheitslehre, Psychosomatik.
- Macdonald, M. (2006). Gender Expectations: Natural Bodies and Natural Births in the New Midwifery in Canada. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(2), 235–256. <https://doi.org/10.1525/maq.2006.20.2.235>
- Martin, E. (1991). The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male- Female Roles. *Signs*, 16(3), 485–501.
- McIntosh, T. (2012). *A social history of maternity and childbirth: Key themes in maternity care* (1st ed). London ; New York: Routledge.
- Moher, D., Cook, D., Eastwood, S., Olkin, I., & Rennie, D. (2002). Systematic reviews: The QUOROM statement. *British Dental Journal*, 192(11), 662–662. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4801453>

- Montesanti, S. R., & Thurston, W. E. (2015). Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: Implications for public health interventions and policy. *BMC Women's Health*, 15(1), 100.
<https://doi.org/10.1186/s12905-015-0256-4>
- Mundlos, C. (2015). *Gewalt unter der Geburt. Der alltägliche Skandal*. Marburg: Tectum Wissenschaftsverlag.
- National Institute for Health and Care Excellence (Hrsg.). (2017). *NICE Guideline, Intrapartum care for healthy women and babies* (Nr. CG190; S. 90). Abgerufen von <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
- Pathologisierung. (2020). In Duden (Hrsg.), *DUDEN*. Abgerufen von <https://www.duden.de/rechtschreibung/pathologisieren>
- Pérez D'Gregorio, R. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3), 201–202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- Plumwood, V. (2003). *Feminism and the mastery of nature*. London; New York: Routledge.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (Tenth edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*. ZHAW.

Roses Revolution CH. (2020, März 2). Roses Revolution. Abgerufen von

Willkommen bei Roses Revolution CH website:

<https://www.rosesrevolution.ch/>

Sabaté, E., & WHO. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*.

Genf: World Health Organization.

Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Elena Skoko, Gillen, P., &

Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*,

24(47), 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.d>

Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth:

A review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, 14(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>

Schiebinger, L. L. (1999). *Has feminism changed science?* Cambridge,

Massachusetts: Harvard University Press.

Schmidt, R., & Woltersdorff, V. (Hrsg.). (2008). *Symbolische Gewalt:*

Herrschaftsanalyse nach Pierre Bourdieu. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2013).

Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag: Ein Leitfaden für die Praxis.

Abgerufen von

https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/Rechtliche_Grundlagen_im_medizinischen_Alltag_2013_D.pdf

Schweizerische Eidgenossenschaft. Übereinkommen zum Schutz der

Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von
Biologie und Medizin. , Pub. L. No. AS 2008 5137, § Kapitel II: Einwilligung,
0.810.2 22 (2008).

Seiler, C. (2014). I Diskursethik (Habermas). In C. Seiler (Hrsg.), *Die Diskursethik im
Spannungsfeld von Systemtheorie und Differenzphilosophie: Habermas—
Luhmann—Lyotard* (S. 31–52). https://doi.org/10.1007/978-3-658-08756-2_1

Sexismus. (2020). In Duden (Hrsg.), *DUDEN*. Abgerufen von
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Sexismus>

SHV. (1994). *Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen* (S. 3). Abgerufen von
Schweizerischer Hebammenverband website:
[https://www.yumpu.com/de/document/read/25949854/internationaler-ethik-
kodex-fa-1-4-r-hebammen-schweizerischer-](https://www.yumpu.com/de/document/read/25949854/internationaler-ethik-kodex-fa-1-4-r-hebammen-schweizerischer-)

SHV. (2020). Der Schweizerische Hebammenverband (SHV). Abgerufen 17. März
2020, von Der Schweizerische Hebammenverband website:
<https://www.hebamme.ch/>

Spoerri, A., Zwahlen, M., Egger, M., Gutzwiller, F., Minder, C., & Bopp, M. (2006).
Educational inequalities in life expectancy in German speaking part of
Switzerland 1990-1997: Swiss National Cohort. *Swiss Medical Weekly*, 136(9–
10), 145–148. <https://doi.org/2006/09/smw-11328>

Stark, E. (2010). Do Violent Acts Equal Abuse? Resolving the Gender
Parity/Asymmetry Dilemma. *Sex Roles*, 62(3–4), 201–211.
<https://doi.org/10.1007/s11199-009-9717-2>

Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim: Juventa.

Technical Working Group, World Health Organization. (1997). Care in Normal Birth: A Practical Guide. *Birth*, 24(2), 121–123. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.tb00352.x>

The World Bank Group. (o. J.). The World Bank: How does the World Bank classify countries? Abgerufen 21. April 2020, von The World Bank: Working for a World Free of Poverty website: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/378834-how-does-the-world-bank-classify-countries>

UNDP. (2020). *Tackling social norms—A game changer for gender inequalities* (Nr. 1; S. 36). New York: United Nation Development Programme.

UNO (Hrsg.). (1948). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte—Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948* (S. 6) [Konvention]. Abgerufen von

https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/ger.pdf

UNO. (2020). About the UN, Shaping our future together. Abgerufen 19. März 2020, von United Nations Organization website: <https://www.un.org/en/about-un/>

USAID. (2017). Integrating Gender Equality and Female Empowerment in USAID's Program Cycle. *United States Agency for International Development, ADS Chapter 205*, 32.

Walby, S. (1990). *Theorizing patriarchy*. Oxford, UK ; Cambridge, MA, USA: B. Blackwell.

WHO. (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit: Zusammenfassung* (S. 73)

[Weltbericht]. Abgerufen von World Health Organization website:

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf

WHO. (2012). *Understanding and addressing violence against women*. Abgerufen

von World Health Organization website:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf?sequence=1

WHO. (2014a). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation* (S. 26)

[Basisdokument]. Abgerufen von World Health Organization website:

<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>

WHO. (2014b). *Vermeidung und Beseitigung von Geringschätzung und*

Misshandlung bei Geburten in geburtshilflichen Einrichtungen (S. 4).

Abgerufen von World Health Organization website:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_ger.pdf?sequence=22%20abgerufen

WHO. (2015). *Health in 2015: From MDGs, Millennium Development Goals to SDGs,*

Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2020a). About WHO. Abgerufen 19. März 2020, von World Health

Organization website: <https://www.who.int/about>

WHO. (2020b). Sexual health. Abgerufen 9. März 2020, von World Health

Organization website: https://www.who.int/topics/sexual_health/en/

- WHO. (2020c, März 8). Department of Sexual and Reproductive Health and Research (SRH) including the Special Programme HRP. Abgerufen 8. März 2020, von World Health Organization website:
https://www.who.int/reproductivehealth/about_us/en/
- WHO, & Reproductive Health and Research. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. World Health Organization.
- WRA. (2011). *Respectful Maternity Care Charter: The Universal Rights of Childbearing Women* (S. 6). Abgerufen von White Ribbon Alliance website:
https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/Final_RMC_Charter.pdf
- WRA. (2020). White Ribbon Alliance. Abgerufen 8. März 2020, von White Ribbon Alliance website: <https://www.whiteribbonalliance.org/>
- Young, I. M. (1980). Throwing like a girl: A phenomenology of feminine body comportment motility and spatiality. *Human Studies*, 3(1), 137–156.
<https://doi.org/10.1007/BF02331805>
- ZHAW. (2009). *Abschlusskompetenzen Bachelorstudiengang Hebamme*. Abgerufen von
<https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/studium/bachelor/hebammen/broschue-re-abschlusskompetenzen-bsc-hebammen-zhaw.pdf>
- ZHAW. (2020). Dr. Michael Gemperle. Abgerufen 16. März 2020, von ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften website:
<https://www.zhaw.ch/de/ueber-uns/person/gemr/>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: <i>Eigene schematische Darstellung des Literaturauswahlprozesses</i>	10
Abbildung 2: <i>Eigene Darstellung der D&A-Kategorien im Zusammenhang mit RMC-Rechten nach der WRA (2011, S. 2)</i>	18
Abbildung 2: <i>Eigene Darstellung der D&A-Kategorien im Zusammenhang mit RMC-Rechten nach der WRA (2011, S. 2)</i>	18
Abbildung 3: <i>Eigene Darstellung verschiedener Grundprinzipien der Medizin nach Koerfer und Albus in Busch und Spranz-Fogasy (2015, S. 121)</i>	26
Abbildung 4: <i>Eigene Darstellung der Resultate von Bohren et al. (2015)</i>	31
Abbildung 5: <i>Eigene Darstellung der Resultate von Briceño Morales et al. (2018)</i> ...	34
Abbildung 6: <i>Eigene Darstellung der Resultate nach Briceño Morales et al. (2018, S.1311) in Anlehnung an Corbin und Strauss (2015)</i>	35
Abbildung 7: <i>Eigene Darstellung der Resultate von Betron et al. (2018)</i>	37
Abbildung 8: <i>Eigene Darstellung der Resultate von Bellón Sánchez (2014)</i>	40
Abbildung 9: <i>Eigene Darstellung der Resultate von Cohen Shabot (2016)</i>	42
Abbildung 10: <i>Eigene Darstellung der Resultate von Jewkes und Penn-Kekana (2015)</i>	44
Abbildung 11: <i>Eigene Darstellung der Resultate von Sadler et al. (2016)</i>	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Eigene Darstellung der Suchbegriffe</i>	7
Tabelle 2: <i>Eigene Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien</i>	8
Tabelle 3: <i>Eigene Darstellung der sieben ausgewählten Arbeiten</i>	11
Tabelle 4: <i>Eigene Darstellung der sieben Kategorien nach Bohren et al. (2015, S. 7)</i>	29

Abkürzungsverzeichnis

CEDAW

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (Frauenrechtskonvention)	14
--	----

D&A

Disrespect and Abuse in Childbirth	16
--	----

GAF

Gender Analysis Framework	36
---------------------------------	----

GiG

Gewalt in der Geburtshilfe	5
----------------------------------	---

ICEM

International Code of Ethics for Midwives	27
---	----

ICM

International Confederation of Midwives	5
---	---

MoW

Mistreatment of Women	16
-----------------------------	----

OV

Obstetric Violence	16
--------------------------	----

RMC

Respectful Maternity Care (respektvolle Geburtshilfe)	16
---	----

SHV

Schweizerischer Hebammenverband	27
---------------------------------------	----

SRHR

Sexual and Reproductive Health and Rights	15
---	----

UNO

United Nations Organization	14
-----------------------------------	----

WHO

World Health Organization	4
---------------------------------	---

WRA

White Ribbon Alliance	16
-----------------------------	----

Wortzahl

Abstract: 177 Wörter

Arbeit: 12'000 Wörter

Danksagung

An dieser Stelle soll Regula Hauser als Betreuungsperson gedankt werden, die uns kompetent und verständnisvoll im Prozess begleitet hat. Ein weiterer Dank geht an Dr. Michael Gemperle, der uns seine Unterlagen zur Verfügung gestellt hat, sowie an die Korrekturlesenden und unsere Familien.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Ort, Datum:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Unterschrift:

Yael Gesù

Paula Mourad

Anhang A: Glossar

Androzentrismus

Androzentrismus setzt sich aus den beiden griechischen Wörtern *andrós* für Mann und *kéntron* für Stachel (lat. *centrum* für Mittelpunkt) zusammen. Das Wort beschreibt folglich eine Anschauungsweise, in der das Männliche im Zentrum des Denkens steht («Androzentrismus», 2020).

Autoritative Ethik

Der autoritativen Ethik liegt der Ansatz des Paternalismus zugrunde, in welchem die Freiheit eines Individuums durch eine wohlwollende, höhergestellte Zweitperson eingeschränkt wird. Das Individuum lebt nicht den eigenen freien Willen, sondern wird durch die Zweitperson beeinflusst, welche alle oder zumindest viele Entscheidungen für das Individuum trifft. Dies wird primär im Beziehungsverhältnis zwischen einem Vater und seinen Kindern beschrieben, lässt sich jedoch auf weitere Interaktionen in der Gesellschaft übertragen (Beauchamp & Childress, 2013).

Autoritatives Wissen

In allen Bereichen treten unterschiedliche Wissenssysteme auf, wobei manche aufgrund allgemeinen Konsenses bedeutsamer sind als andere. Dieses vorrangige, autoritative Wissen basiert auf folgenden zwei Faktoren, wobei meist beide zutreffend sind: Zum einen weist das autoritative Wissen für die Erreichung eines Ziels eine höhere Wirksamkeit auf, zum anderen basiert es auf einer grösseren Machtgrundlage. Dadurch werden verschiedene Wissensformen hierarchisiert, was zu einer Abwertung aller nichtautoritativen Wissenssysteme führen kann und gesellschaftliche Machtbeziehungen widerspiegelt. Aus der auf unsachlichen und sozialen Faktoren basierende Bewertung von Wissen geht ein überlegenes Wissenssystem hervor, mit welchem die aktuelle Gesellschaftsordnung als natürlich gegeben bestätigt werden kann. So können sich Voreingenommenheit in der Wissenschaft und Gesellschaft gegenseitig bestätigen und bestärken (Davis-Floyd & Sargent, 1997).

Bool'sche Operatoren

Bool'sche Operatoren sind Verknüpfungswörter, mithilfe derer Suchbegriffe sinnvoll miteinander kombiniert werden können, damit eine Recherche eingegrenzt und erweitert werden kann. Bsp. *AND*, *OR*, *NOT* (Kleibel & Mayer, 2011).

Diskursethik

Die Diskursethik geht auf den Philosophen und Soziologen Jürgen Habermas (*1929) zurück. Sie beinhaltet eine Kommunikationsform, welche mit dem Ziel der Übereinstimmung aller Diskursteilnehmenden gekennzeichnet ist. Die Voraussetzung, welche die Diskursethik stellt, ist die Ernsthaftigkeit, Aufrichtigkeit und Chancengleichheit aller Teilnehmenden, sowie die Abwesenheit von äusseren Einwirkungen und Zwängen (Seiler, 2014).

Ethik

Das altgriechische Wort *ēthos* mit den Bedeutungen üblicher Ort, Sitte und Gewohnheit wurde von Aristoteles erstmals in Zusammenhang mit einer philosophischen Disziplin gestellt. Er verwendete das Wort Ethik in der Fragestellung, ob Verhaltensnormen tatsächlich gut und richtig sind. Heute versteht man unter dem Begriff *Ethik* die Normen und Regeln von Einzelpersonen oder der Gesellschaft, welche dazu anleiten, gut und richtig zu handeln (Haerle, 2018; Höffe et al., 2008).

Feminismus

Unter Feminismus versteht man eine gesellschaftliche, geistige und politische Strömung, welche eine Veränderung der traditionellen Geschlechterrollen und der androzentrisch geprägten Lebensform anstrebt und dabei die Gleichberechtigung von Frau und Mann zum Ziel hat («Feminismus», 2015).

Geburt

Der Prozess der menschlichen Geburt beginnt mit zervixwirksamen Kontraktionen des Uterus und endet mit der Geburt der Plazenta. Die engmaschige Geburtsbetreuung durch Gesundheitsfachpersonen erstreckt sich jedoch über die ersten zwei Stunden nach der Geburt der Plazenta weiter und soll so die Definition des Begriffs «Geburt» erweitern (NICE, 2017).

Geburtshilfe / Geburtshilfliches Setting

Die Geburtshilfe beschreibt die Betreuung der Frauen durch Gesundheitsfachpersonen während der Schwangerschaft, Geburt und postpartalen Zeit. Sie umfasst präventive und kurative Ansätze (ICM, 2017). Das geburtshilfliche Setting beschreibt Institutionen, an denen eben genannte Betreuung stattfindet.

Gender Studies

Das Wissenschaftsgebiet der *Gender Studies* befasst sich mit der Analyse und Kritik von Ungleichheit, Macht und Herrschaft rund um Geschlecht und Sexualität. Es entstand aus einer Kritik an der ursprünglich als selbstverständlich betrachteten, androzentrischen Sichtweise und deren Einflüsse auf die Öffentlichkeit, die Wissenschaft und den Alltag. Wichtige Schritte in diese Richtung waren die Frauenbewegung und die akademische Institutionalisierung der Frauenforschung um die 1970er Jahre (Degele, 2008).

Geschlechterstereotypen

Stereotypen werden auch als kognitive Strukturen bezeichnet, welche sich im Fall von Geschlechterstereotypen auf eine duale Auffassung von Frauen und Männern bezieht und charakteristische Merkmale beschreibt.

Geschlechterstereotype beinhalten sowohl ein individuelles Wissen wie auch ein kulturelles, konsensuelles Verständnis von typischen Eigenschaften der Geschlechter und kann somit als soziokognitive Struktur bezeichnet werden. Geschlechterstereotypen weisen deskriptive und präskriptive Auffassungen von Frauen und Männern auf. Deskriptive Bestandteile zeichnen sich durch traditionelle Annahmen aus, die das Wesen, Verhaltensweisen und Eigenschaften von Frauen und Männer beschreiben – also wie sie sind. Präskriptive Anteile gründen ebenfalls auf traditionellen Annahmen, beschreiben jedoch, wie sich die beiden Geschlechter verhalten sollen – also wie sie sein sollen. Eine Verletzung dieser Stereotype, welcher mit Überraschung, Bestrafung oder Ablehnung begegnet wird, führt nur selten zu einer Veränderung, was Geschlechterstereotype äusserst änderungsresistent macht (Eckes in Becker et al., 2010).

Stereotypisierung bezeichnet die Anwendung von Wissen, welches sich auf

Stereotypen stützt und in verschiedenen Kontexten auf konkrete Personen übertragen wird. Das Erlernen von geschlechterstereotypem Wissen beginnt schon in früher Kindheit und zieht sich bis ins Erwachsenenalter fort. So findet in den ersten Augenblicken aufgrund des Geschlechts, welches einer Person zugeordnet wird, eine Zuschreibung von Merkmalen statt. Dies kann implizit oder automatisch ablaufen. Eine bewusste Beeinflussung dieser Stereotypisierungsprozesse ist trotzdem möglich, erfordert aber Motivation (Eckes in Becker et al., 2010).

Gesundheit

Die WHO (2014a) definiert Gesundheit wie folgt: «*Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen*» (S. 1).

Gesundheitsfachperson

Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2017) definiert in einem Gesetzesartikel eine Gesundheitsfachperson als eine Fachperson, welche nach eidgenössischem oder kantonalem anerkanntem Recht ausgebildet ist und im Gesundheitsbereich Behandlungen durchführt und anordnet oder im Zusammenhang mit einer Behandlung Heilmittel oder andere Produkte abgibt.

Gewalt gegen Frauen

Das Konzept *Gewalt gegen Frauen* leitet sich aus dem englischen Begriff *Violence against Women* ab, auf welchem die CEDAW-Dokumente aufbauen. Das Konzept umfasst jegliche geschlechterspezifische Gewalt, die sich gegen Frauen richtet (CEDAW, 2017). In der deutschen Verwendung findet sich auch die Übersetzung *Gewalt an Frauen*, welche mit Erstgenannter gleichzusetzen ist.

Grounded Theory

Die induktive Forschungsmethode, welche im Englischen als *Grounded Theory Research* bekannt ist, stützt sich auf Theorien des *symbolischen Interaktionismus*. Die Erhebung mittels dieser Methode dient der Erkundung von Problemen in einer sozialen Szene und den Verfahren, welche Personen

anwenden, um mit diesen Problemen umzugehen. Das Ziel ist es, mittels Abstrahierung eine Theorie zu entwickeln. Um dies zu erreichen, werden im Prozess Hypothesen formuliert, getestet, neuentwickelt oder verbessert (Crookes & Davies, 2004).

Häusliche Gewalt

Das Bundesamt für Statistik (BFS, Sektion Kriminalität und Strafrecht, 2019) definiert häusliche Gewalt als Gewaltanwendung abhängig vom Beziehungsverhältnis zwischen der geschädigten und der beschuldigten Person. Straftaten wie Drohung, Nötigung und vorsätzliche Nötigung werden der häuslichen Gewalt zugeordnet, wenn ein aktuelles oder ehemaliges Beziehungsverhältnis zwischen geschädigter und beschuldigter Person besteht.

Informed Choice

Informed Choice, zu Deutsch die *informierte Entscheidung* (vgl. Glossareintrag), beschreibt die autonome Wahl respektive Ablehnung einer Betreuungsoption durch die betroffene Person. Die Grundhaltung, die bei dieser Begrifflichkeit vorliegt, ist jene der *libertären Ethik*. Damit diese Entscheidung möglich ist, erfragt die betroffene Person für sie wichtige Informationen und Angebote. Die Gesundheitsfachperson übernimmt dabei die Aufgabe der umfänglichen Informationengabe über Chancen und Risiken und akzeptiert dann die getroffene Entscheidung und das Verhalten der Person. Im Gegenzug dazu trägt die betroffene Person die Verantwortung und die Konsequenzen der Entscheidung alleine (Koerfer & Albus in Busch & Spranz-Fogasy, 2015).

Informed Consent

Der englische Begriff *Informed Consent*, zu Deutsch die *informierte Einwilligung*, bezeichnet den gesetzlich verankerten Grundsatz, dass eine medizinische Behandlung und Betreuung erst dann erfolgen darf, wenn die betroffene Person die freie Zustimmung dazu gegeben hat (vgl. Glossareintrag *informierte Entscheidung*). Voraussetzung für die Gültigkeit ist die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person und eine angemessene Aufklärung

durch Gesundheitsfachpersonen über Zweck, Art, Folgen und Risiken der Intervention. In einer Notfallsituation ist vorgesehen, dass alle Interventionen, die im Interesse der Gesundheit der betroffenen Person stehen und nötig sind getroffen werden dürfen, es sei denn, die Person hat zu einem früheren Zeitpunkt ihre Wünsche bezüglich solcher Interventionen geäußert (Ehrensberger, Matic, & Steiner, 2016; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2013; Schweizerische Eidgenossenschaft, 2008).

Informierte Entscheidung

Mit der *Vier-Prinzipien-Ethik* als Grundlage, wird das ethische Konzept der *informierten Entscheidung* beschrieben, welches primär die Autonomie einer Person fördern und schützen soll. In der Bachelorarbeit wird für die Diskussion des Konzepts der Begriff *informierte Entscheidung* verwendet, welcher beinhaltet, dass die betroffene Person den Massnahmen in der Betreuung zustimmt, bevor diese umgesetzt werden dürfen. Diese Einwilligung gilt nur als *informierte Entscheidung*, wenn die Person in verständlicher Weise ausreichend über Risiken und Nutzen der Massnahmen und deren Alternativen aufgeklärt ist und unabhängig von anderen Personen, wie den Gesundheitsfachpersonen oder Familienangehörigen, bestimmen kann (Beauchamp & Childress, 2013).

Mit der Entwicklung der Medizinethik gewannen die Konzepte *Informed Choice*, *Shared-Decision-Making* und *Informed Consent* an Bedeutung. Sie sind dem Begriff der *informierten Entscheidung* unterzuordnen, wobei zu den jeweiligen Konzepten keine einheitlichen Definitionen bestehen. Eine Definition, auf welche sich die Bachelorarbeit stützt, ist den entsprechenden Glossareinträgen, respektive dem *Kapitel 3.3.1*, zu entnehmen

Intersektionalität

Nach Crenshaw (2015) bezeichnet die Intersektionalität eine Mehrfachdiskriminierung. Dies bedeutet, dass auf einen Menschen mindestens zwei Merkmale zutreffen, die potenziell zu einer Marginalisierung führen und im Zusammenspiel eine Diskriminierung verstärken können.

Beispiele für solche Identitätsmerkmale sind: Ethnie, Gender, Klasse, Alter, sexuelle Orientierung, Bildungsstatus, Arbeitsstatus, etc.

Inzidenz

Die Inzidenz beschreibt die Wahrscheinlichkeit, mit der ein zufällig ausgewähltes Individuum der Population innerhalb eines definierten Zeitraumes neu an einer Krankheit erkrankt oder ein Phänomen erlebt (Kreienbrock, Pigeot, & Ahrens, 2012).

Keywords

Keywords sind Suchbegriffe, welche dazu genutzt werden in Datenbanken gewünschte Inhalte zu finden (Kleibel & Mayer, 2011).

Libertäre Ethik

Der libertären Ethik liegt die Theorie des Libertarismus, welcher mitunter von Robert Kane (*1938) geprägt wurde, zugrunde. Eine Person habe darin die absolute Fähigkeit über den eigenen Willen zu entscheiden und über Ziel und Zweck einer Tätigkeit zu bestimmen (Bittkowski, 2014).

Low- /Middle- /High Income Country

Die Kategorisierung der Volkswirtschaft verschiedener Länder führt die Weltbank jährlich anhand des Bruttonationaleinkommens durch. Dabei werden vier Einkommensgruppen definiert: Low (gering), lower-middle (unteres Mittel), upper-middle (oberes Mittel) und high (hoch) (The World Bank Group, o. J.).

Mapping Review

Ein Mapping Review (auch bekannt als *Scoping Study*) setzt im Gegensatz zu einem systematischen Review den Fokus nicht auf die Auseinandersetzung mit Resultaten mehrerer Studien, sondern vielmehr auf die Erkennung von möglichen Verknüpfungen innerhalb einer Thematik. Dabei werden bei der Literatursauswahl Arbeiten nicht aufgrund des Designs oder der Qualität ausgeschlossen (Cooper, 2016).

Medikalisierung

Als Medikalisierung wird der Prozess beschrieben, in dem nichtmedizinische Angelegenheiten in den Zuständigkeitsbereich der Medizin übertragen

werden. Dies betrifft häufig gewöhnliche Lebensprozesse, wie die Schwangerschaft, Geburt, Menopause, den Tod oder das Altern. Das Ziel dabei ist es, Sicherheit zu schaffen, was mit einer Risikoorientierung einhergehen kann. Die Medikalisierung wurde in den letzten Jahrzehnten von Fachpersonen verschiedenster Wissenschaftsrichtungen wie der Soziologie, Geschichte und Bioethik untersucht und diskutiert. Einige kamen dabei zum Schluss, dass die Medikalisierung und die damit verbundene Ausdehnung des Geltungsbereichs der Medizin eine für die Gesellschaft bedeutende Entwicklung darstellt (Conrad, 2007; Illich, 1982; Kraienhemke, 2019).

Natürliche Geburt

Die *natürliche Geburt* dient seit dem 21. Jahrhundert als Ideal, welches entgegen dem vorherrschenden *biomedizinischen Geburtsmodell* steht. Darin werden schwangere und gebärende Körper als potenzielle Gefahr für das Ungeborene angesehen. Auf der medizinischen Definition der *normalen Geburt* aufbauend, hat das Leitbild der *natürlichen Geburt* zusätzlich eine kulturelle Bedeutung inne: Frauen und ihre Körper werden als von Natur aus stark und fähig dazu betrachtet, eine Schwangerschaft auszutragen und zu Gebären. Darüber hinaus soll die *natürliche Geburt* das Selbstbewusstsein der Frauen stärken, indem sie ein Gefühl der Kontrolle und des Erfolgs erleben. Eine hochtechnisierte Überwachung, sowie ärztliche Interventionen und der Aufenthalt in einem Krankenhaus werden dabei in der Regel als überflüssig betrachtet (Macdonald, 2006).

Die WHO (1997) hat für eine *normale Geburt* folgende Kriterien aufgestellt: spontaner Wehenbeginn; tiefes Ausgangsrisiko, welches während des Geburtsprozesses unverändert bleibt; Spontangeburt des Kindes in Schädellage zwischen der vollendeten 37. und 42. Schwangerschaftswoche. Die ICM (2014b) stimmt dieser Definition zu und bezeichnet die *normale Geburt* – was die Schwangerschaft, Geburt und postpartale Phase einschliesst – als einen dynamischen, einzigartigen Prozess, welcher mit physiologischen und psychosozialen Aspekten des Fetus und der Mutter in Kontext steht.

Objektifizierung

Objektifizierung wird dadurch charakterisiert, dass eine Person als Objekt betrachtet und behandelt wird und der Nutzen derer primär für und durch Andere definiert ist (Bourdieu, 2016; Fredrickson & Roberts, 1997).

Pathologisierung

Die Bewertung von Empfindungen, Verhaltensweisen, Gedanken, Beziehungen oder Ähnlichem als krankhaft bezeichnet der Duden (2020) als Pathologisierung. Diese kann als Aspekt der *Medikalisierung* (vgl. Glossareintrag) betrachtet werden, wodurch der Medizin eine Definitionsmacht betreffend Normen und Standards zukommt (Illich, 1982). Michel Foucault (2011) hat die Pathologisierung folglich als Konzept betrachtet, welche als Herrschaftstechnik eingesetzt wird.

Phänomenologische Analyse

Die phänomenologische Analyse ist eine induktive, deskriptive und qualitative Forschungsmethode, welche ihren Ursprung in der phänomenologischen Philosophie hat. Der wissenschaftliche Ansatz wurde zur Erforschung komplexer menschlicher Erfahrungen entwickelt und will diese so beschreiben, wie sie wirklich erlebt werden. In der Soziologie wird die Phänomenologie genutzt, um die Haltung der Menschen gegenüber alltäglichen sozialen Begebenheiten zu erforschen (Crookes & Davies, 2004; Polit & Beck, 2017).

Reproduktionsprozess

Unter Reproduktionsprozess wird der Vorgang der Reproduktion im biologischen Sinne verstanden: Reproduktion beginnt mit der befruchteten Eizelle (Zygote) und beinhaltet die folgende Schwangerschaft, in der zum einen die Heranreifung der Zygote zu einem Fetus und zum anderen die psychische und soziale Vorbereitung und Heranreifung der werdenden Eltern stattfindet. Der Geburtsprozess, mit zervixwirksamen Kontraktionen beginnend und zwei Stunden nach der Geburt der Plazenta endend, schliesst den biologischen Reproduktionsprozess ab (Franzese & McCurdy, 2016). Weitere Definitionen von Reproduktion im Sinne von Familie vergrössern o.Ä.

werden in dieser Bachelorarbeit nicht berücksichtigt, da der Fokus auf Adoption oder die Vorgänge der Reproduktionsmedizin im Zusammenhang mit Gewaltformen eines weiteren Fokus bedarf.

Sexismus

Sexismus bezeichnet Geschlechtervorurteile, welche einen ungleichen sozialen Status von Frauen und Männern herbeiführen. Er kann sich in Verhalten zeigen, welches sich auf Geschlechterstereotypen und Vorurteile stützt und sich in Diskriminierungen äussert (Eckes in Becker et al., 2010). Daraus entsteht die Vorstellung, dass ein Geschlecht dem anderen natürlicherweise überlegen ist. So wird die Diskriminierung, Unterdrückung und Benachteiligung, die mit dem Geschlecht eines Menschen begründet wird und besonders Frauen betrifft, gerechtfertigt («Sexismus», 2020). In den 1990er Jahren entfachte sich eine Debatte rund um Sexismus, von welchem schliesslich eine moderne, von der traditionellen Form unterschieden wurde. Traditioneller Sexismus zeichnet sich durch folgende drei Kernelemente aus: die Betonung von Geschlechterunterschieden basierend auf Stereotypen, die Auffassung, dass Frauen verglichen mit Männern minderwertig sind und die Befürwortung von herkömmlichen Geschlechterrollen. Moderner Sexismus beschreibt das Leugnen davon, dass sich Sexismus und somit auch Diskriminierung von Frauen in der heutigen Zeit fortsetzt. Es besteht die Überzeugung, dass Frauen bereits gleichberechtigt und fair behandelt werden würden und in der Gesellschaft kein Sexismus mehr auftrete (Eckes in Becker et al., 2010).

Sexuelle und reproduktive Gesundheit

Die WHO (2020b) definiert sexuelle Gesundheit als Zustand des physischen, mentalen und sozialen Wohlergehens in Bezug auf die Sexualität. Die Voraussetzungen dazu seien ein positiver und respektvoller Zugang zur Sexualität und sexuellen Beziehungen, sowie die Möglichkeit geschützte und lustvolle sexuelle Erfahrungen fern von Nötigung, Diskriminierung und Gewalt zu machen.

Soziostrukturell

Das lateinische Wort *structūra* wird mit Ordnung oder Bauart übersetzt und beschreibt ein Gefüge, welches bestimmten Gesetzmässigkeit unterliegt und relativ stabil ist. In der Soziologie wird mit «soziostrukturell» eine Einheit mit bestimmten Normen, Positionen, Rollen, Gruppen, Zugehörigkeiten, Störungen und Wandel bezeichnet. Es wird versucht, gesamtstrukturelle Einflüsse bei der Entstehung von Institutionen und Handlungsmustern aufzuzeigen und zu erklären (Fuchs-Heinritz, 1977).

Symbolischer Wert

Der *symbolische Wert* stützt sich auf das Konzept des *symbolischen Interaktionismus*. Dieser baut auf den Symbolen und Werten auf, welche den Menschen von der Gesellschaft zugeschrieben und im Sozialisationsprozess verinnerlicht werden. Personen handeln also basierend auf der Bedeutung, welcher sie Themen, Situationen und dem Verhalten anderer zuschreiben. Diese Zuschreibungen werden in der wiederholten Anwendung bestätigt und wandeln sich zu Sinnbildern, also Symbolen. In der Interaktion mit anderen Menschen wird auf der Basis dieser Symbole das Verhalten wechselseitig interpretiert, was Aktionen und Reaktionen hervorruft und Konsens schafft. Dieser dient solange einem gemeinsamen Verständnis, bis eine Infragestellung stattfindet. Zentral für den symbolischen Interaktionismus ist, dass die Bedingungen gemeinsamen Handelns in der Interaktion von den Menschen selbst geschaffen werden, wobei es sich um eine Art stumme Übereinkunft handelt, welche aktiv verändert werden kann (Herbert Blumer in Abels, 2020; Bourdieu, 2016).

Therapietreue

Im Gesundheitssetting wird mit der Therapietreue die Überprüfung der Umsetzung getroffener Massnahmen, wie beispielsweise die korrekte Medikamenteneinnahme, beschrieben (Koerfer & Albus in Busch & Spranz-Fogasy, 2015). *Compliance* und *Adherence* sind Begriffe, welche die Therapietreue beschreiben, wobei diese klar voneinander abgegrenzt werden müssen: die *Compliance* lässt sich der *autoritativen Ethik* zuschreiben, worin die Entscheidung zu den Massnahmen für die betroffene Person von der

Gesundheitsfachperson autonom getroffen wird (Sabaté & WHO, 2003). Im Gegensatz dazu habe sich der Begriff *Adherence* etabliert, welcher eine weniger paternalistische Vorstellung der Beziehungsgestaltung zwischen Gesundheitsfachperson und betroffener Person zugrunde liegt. Der Diskurs stelle eine Voraussetzung für das Gelingen der *Adherence* und eine effektive Gesundheitsversorgung dar.

Anhang B: Literaturrechercheprotokoll

Datenbank	Datum	Keywords	Trefferanzahl	Mögliche relevante Treffer
PubMed	05.01.2020	human rights in childbirth AND structural violence	5	(3) Betron, M. L., McClair, T. L., Currie, S., & Banerjee, J. (28. August 2018). Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. <i>BioMed Central</i> .
				(7) Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Leiva Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (04. Juni 2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. <i>Reproductive Health Matters; An international journal on sexual and reproductive health and rights</i> , S. 47-55.
	05.01.2020	childbirth AND structural violence	22	(3) Betron, M. L., McClair, T. L., Currie, S., & Banerjee, J. (28. August 2018). Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. <i>BioMed Central</i> .
				(7) Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Leiva Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (04. Juni 2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. <i>Reproductive Health Matters; An international journal on sexual and reproductive health and rights</i> , S. 47-55.
	05.02.2020	mistreatment OR violence AND childbirth AND discrimination	36	(1) Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., . . . Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A mixed-Methods Systematic Review. <i>PLoS Medicine</i> , 12(6). doi:e1001847
				(3) Betron, M. L., McClair, T. L., Currie, S., & Banerjee, J. (28. August 2018). Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. <i>BioMed Central</i> .
	27.09.2019	violence against women AND health care AND power AND childbirth	6	(2) Briceño Morales, X., Enciso Chaves, L. V., & Yepes Delgado, C. E. (11. Mai 2018). Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective. <i>Von Sage journals</i> : https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732318763351 abgerufen

MEDLINE	17.01.2020	mistreatment of women AND violence AND (childbirth OR delivery)	15	(1) Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., . . . Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A mixed-Methods Systematic Review. <i>PLoS Medicine</i> , 12(6). doi:e1001847
				(3) Betron, M. L., McClair, T. L., Currie, S., & Banerjee, J. (28. August 2018). Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. <i>BioMed Central</i> .
				(6) Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. <i>PLOS Me-dicine</i> , 12(6), e1001849. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849
Sociological Abstracts	17.01.2020	obstetric violence AND patriarchy NOT domestic	16	(5) Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies „Feminine“: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. <i>Human Studies; Dordrecht</i> , 39(2), 231–247. http://dx.doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x
	17.01.2020	birth AND gender AND culture	8	(a) Martin, K. A. (2003). Giving Birth Like a Girl. <i>Gender & Society</i> , 17(1), 54–72. http://dx.doi.org/10.1177/0891243202238978
CINAHL Complete	17.01.2020	obstetric care AND power AND discrimination	2	(3) Betron, M. L., McClair, T. L., Currie, S., & Banerjee, J. (28. August 2018). Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. <i>BioMed Central</i> .
				(2) Briceño Morales, X., Enciso Chaves, L. V., & Yepes Delgado, C. E. (11. Mai 2018). <i>Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective</i> . Von Sage journals: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049732318763351 abgerufen
Vortragsunterlagen	16.07.2019	Mailkontakt und Handrecherche	6	(4) Bellón Sánchez, S. (2014). Obstetric Violence: <i>Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?</i> [Masterarbeit]. Abgerufen von http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/298064
				(b) Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. <i>Reproductive Health</i> , 14(1), 138. https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5

Anhang C: Würdigungsinstrumente ausgewählter Arbeiten

(1) Bohren et al. (2015) – QUOROM (Quality of Reporting of Meta-analyses) (Moher, Cook, Eastwood, Olkin, & Rennie, 2002)

Im Instrument nach Moher et al. werden die Fragen mittels Y beziehungsweise N beurteilt. Y (Yes) steht dabei für *erfüllt*, während N (No) für *nicht erfüllt* steht. Um darzustellen, dass Aussagen teilweise *erfüllt* bzw. *nicht erfüllt* sind, wird der Buchstabe in Klammern gesetzt.

	Subheading	Descriptor	Reported (Y/N)
Title		Identify the report as a systematic review (meta-analysis) of RCT's: <i>Bereits im Titel der Arbeit zeigt sich mit «a Mixed-Methods Systematic Review» um welches Studiendesign es sich handelt.</i>	Y
Abstract		Use a structured format: <i>EMED ist im Format des Abstracts zu erkennen. (EMED = Einleitung, Methode, Ergebnis, Diskussion)</i>	Y
	Objectives	The clinical question explicitly: <i>Forschungsziel ist grob erklärt, Forschungsfrage liest sich aus dem Abstract nicht explizit.</i>	(N)
	Data sources	The databases (ie list) and other information sources: <i>Ausgewählte Datenbanken und Suchstrategien sind im Abstract klar aufgeführt. (PubMed, CINAHL, Embase, grey literature)</i>	Y
	Review methods	The selection criteria (ie population, intervention, outcome and study design); methods for validity assessment, data abstraction, and study characteristics, and quantitative data synthesis in sufficient detail to permit replication: <i>Studiendesign wird genannt, um die Wahl zu erläutern. Qualitative und quantitative Studien wurden miteinbezogen. Qualitative Daten werden mit dem CERQual Instrument nach Lewin et al. (2015) analysiert.</i>	Y
	Results	Characteristics of the RCT's included and excluded; qualitative and quantitative findings (ie point estimates and confidence intervals); and subgroup analyses: <i>Qualitative Ergebnisse: 7 Untergruppen wurden generiert, um die Resultate einzuteilen. Quantitative Ergebnisse: Es konnte keine Meta-Analyse durchgeführt werden, da die Daten zu unterschiedlich waren.</i>	(Y)
	Conclusion	The main results: <i>Zusammenfassung der Resultate wird kurz beleuchtet.</i>	Y

Introduction		<p>The explicit clinical problem, biological rationale for the intervention, and rationale for review:</p> <p>Müttersterblichkeit in LMIC's (Low and Middle Income Countries) hoch, Ziel die Müttersterblichkeit von 1990 bis 2015 um 75% zu senken erreichen die meisten Länder nicht. Um diese effektiv zu senken, benötige es weltweit Zugang zu sicherer Gesundheitsversorgung im Reproduktionsprozess. Die Anzahl der Frauen zu erhöhen, welche in Kliniken gebären und somit Zugang zu ebendieser Gesundheitsversorgung erhalten, sei herausfordernd. Ein weiterer wichtiger Punkt ist dabei die Qualität dieser Gesundheitsversorgung zu verbessern, denn jede Frau hat das Recht auf respektvollen Umgang in der Gesundheitsversorgung. Folglich ist MoW im geburtshilflichen Setting, von welcher viele Frauen weltweit betroffen sind, eine Verletzung der Rechte der Frau (Menschenrechte). Die Forschungsgruppe beschreibt, dass Reviews und Studien bereits explizite Zahlen zu MoW darlegen, ein einheitliches Vokabular für die genaue Recherche und Untersuchung fehlt jedoch. Mit dem vorliegenden Review wollen sie ebendieses Problem angehen. Es soll eine evidenzbasierte Typologie für MoW im geburtshilflichen Setting entstehen.</p>	Y
Methods	Searching	<p>The information sources, in detail (eg databases, registers, personal files, expert informants, agencies, hand-searching) and any restrictions (years considered, publication status, language publication):</p> <p>- Recherchezeitraum: Suche am 4. September 2013, aktualisiert am 4. September 2014 und am 11. Februar 2015 - Recherche in 3 Datenbanken (PubMed, CINAHL, Embase) & mehreren Portalen (z.B. Google Scholar, WHO Global Health Library) nach unveröffentlichter Literatur («grey literature»).</p> <p>- Suche mittels (a) maternal health, perinatal health, or childbirth and (b) mistreatment of women; - Verschiedene Experten angeschrieben für relevante Artikel - Keine Einschränkungen bezüglich Datums oder Sprache</p> <p>Kommentar: Literaturrecherche scheint Thema umfassend zu beleuchten, damit alle wichtigen Artikel miteinbezogen werden.</p>	Y
	Selection	<p>The inclusion and exclusion criteria (defining population, intervention, principal outcomes, and study design):</p> <p>Auswahlverfahren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Titel und Abstract von jeder Arbeit auf Relevanz geprüft – von zwei unabhängigen Gutachterinnen oder Gutachtern 2. Volltext von jeder Arbeit wurde auf Relevanz geprüft – von zwei unabhängigen Gutachterinnen oder Gutachtern, aufgrund von folgenden Einschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> - Beschreibt primäre Datenanalyse - Qualitative Verfahren werden verwendet, um Daten zu erheben - Analysiert MoW im geburtshilflichen Setting - Thematisiert Geburtshilfe in Gesundheitskliniken - Publiziert auf Englisch, Französisch, Spanisch oder Portugiesisch 3. Diskrepanzen zwischen 1. und 2. wurden mit einer dritten Gutachterin oder einem Gutachter diskutiert, um einen Konsens zu finden <p>Kommentar: Auswahlverfahren wird als ausführlich und relevant für die Arbeit eingeschätzt.</p>	Y
	Validity assessment	<p>The criteria and process used (eg masked conditions, quality assessment, and their findings):</p> <p>Qualitative Studien wurden mittels adaptierten CASP-Instrumenten für qualitative Forschung gewürdigt. Quantitative Studien wurden mittels STROBE gewürdigt.</p> <p>Für beide Instrumente notierte die Forschungsgruppe die Kriterien, welche sinnvoll für die Würdigung erscheinen. Das schlussendliche Qualitätsassessment, aufgebaut auf den Analysen mittels Instrumenten, wurde von zwei Personen der Forschungsgruppe unabhängig voneinander durchgeführt und anschliessend allfällige Abweichungen diskutiert, um einen Konsens zu finden. Nach der Analyse mittels genannten Methoden wurden laut der Forschungsgruppe keine Studien ausgeschlossen.</p> <p>Kommentar: Würdigungsmethoden sind in sich schlüssig und der Prozess vollständig durchdacht.</p>	Y

	Data abstraction	The process or processes used (eg completed independently, in duplicate) <i>Unabhängige Analyse der Auswahl und Diskussion, um Konsens zu finden. → Inter- und Supervision</i>	Y
	Study characteristics	The type of study design, participants' characteristics, details of intervention, outcome definition, etc, and how clinical heterogeneity was assessed: <i>Qualitative und quantitative Studien wurden für das Review verwendet. Arbeiten wurden mittels folgender Kategorien zusammengefasst: Studiensetting, Charakterisierung der Stichprobe, Ziele, Design, Datenerhebung, Analyseverfahren, Fazit Speziell für folgende Designs: Qualitativ: Thematiken, Erkenntnisse, Zitate der Teilnehmenden Quantitativ: Datenquelle, Ergebnismessungen, Resultate</i>	Y
	Quantitative data synthesis	The principal measures of effect (eg relative risk), method of combining results (statistical testing and confidence intervals), handling of missing data; how statistical heterogeneity was assessed; a rationale for any a-priori sensitivity and subgroup analyses; and any assessment of publication bias: <i>Quantitativ: Die Forschungsgruppe wollte mittels der quantitativen Studien eine Einschätzung zur Prävalenz von MoW generieren. Da die Daten zu unterschiedlich waren, gelang ihnen dies nicht. Folglich wurden die quantitativen Daten genutzt, um Ergebnismessungen und Schlüsselresultate aufzuzeigen. Qualitativ: Eine Tabelle wurde kreiert, um alle Resultate der qualitativen Studie zu kategorisieren. Daraus wurden dann 14 Unterthemen entwickelt und die Textstellen den Themen zugeordnet. Um die Aussagen der qualitativen Studie zu bewerten, wurde CERQual angewendet: CERQual beschreibt wie vertrauenswürdig die Resultate einer qualitativen Studie sind. Das Instrument ist noch in der Entwicklungsphase und beinhaltet zum verwendeten Zeitpunkt folgende 4 Elemente: (1) Methodologische Limitation der Studie, (2) Relevanz zur Forschungsfrage, (3) Kohärenz, (4) Eignung der Daten (Lewin et al., 2015). Die Forschungsgruppe beschreibt die Verwendung von CERQual ausführlich. Bei einigen qualitativen Studien wurde folglich das Prädikat «Qualität schwach» angegeben, was die Validität nur teilweise einschränkt, da Klarheit besteht welche Aussagen mit Vorsicht weiterverwendet werden können.</i>	(Y)
Results	Trial flow	Provide a systematic review profile summarising trial flow (see Fig.1): <i>Trial flow der Literatursuche wird detailliert als Fig. 1 auf S. 6 abgebildet und auf S. 5 (General Overview) beschrieben. In einer ersten Tabelle (Table 1) präsentiert die Forschungsgruppe die Begrifflichkeiten zu MoW, welche sie in den qualitativen Studien angetroffen haben. Diese werden in Table 1 in drei verschiedene Stufen unterteilt (7 Überthemen mit weiteren Spezifikationen). Die detaillierte Anordnung wurde dabei zuerst angelegt und anschliessend die Überthemen daraus generiert. Die fertige Tabelle wurde mit den quantitativen Daten abgeglichen und vervollständigt.</i>	Y
	Study characteristics	Present descriptive data for each trial (eg age, sample size, intervention, dose, duration, follow-up period): <i>Quantitativ: teilweise kurz umschrieben, keine weiteren Details zum Studiencharakter (Stichprobe nicht beschrieben). Qualitativ: keine detaillierten Angaben zum Studiencharakter, oberflächlich Studiendesign erläutert.</i>	(Y)
	Quantitative / Qualitative data synthesis	Report agreement on the selection and validity assessment; present simple summary results for each treatment group in each trial, for each primary outcome; present data needed to calculate effect sizes and confidence intervals in intention-to-treat analyses (eg 2x2 tables of counts, means and SD's, proportions) <i>Quantitativ: keine Metaanalyse möglich, da Daten zu heterogen. Relevante Resultate in (Table 2) beschrieben und dann ergänzend zu qualitativen Resultaten in die Überthemen eingeteilt (Bsp. Resultat «Operationen ohne Zustimmung» aus quantitativer Studie gezogen) (2) Sexuelle Misshandlung: Diese Kategorie wurde den Überthemen hinzugefügt, da dies in wenigen quantitativen Studien analysiert wurde. Die Thematik wird hier jedoch ausgeklammert, da es in den qualitativen Aussagen keinen Fokus fand.</i>	Y

	<p>Qualitativ: (Table 3) zeigt detailliert wie die Resultate der einzelnen Studien zusammengefasst und in die Subthemen und Überthemen eingeteilt wurden.</p> <p>(1) Physische Misshandlung: Frauen gaben an, von Gesundheitsfachpersonen (Pflegefachpersonen, Hebammen und Ärztinnen und Ärzten) körperliche Misshandlungen erlebt zu haben, wie schlagen, kneifen oder grobes Anfassen. Einige Frauen gaben an, während der Geburt ans Bett gefesselt gewesen zu sein. Kommentar: Für Bearbeitung der Fragestellung der Bachelorarbeit sekundär.</p> <p>(3) Verbale Misshandlung: Strenge oder rücksichtslose Ausdrucksweise, wertende, beschuldigende oder vorwurfsvolle Kommentare gehen aus den Studien hervor. Die Frauen gaben an, jenes primär von Pflegefachpersonen und Hebammen, gefolgt von Ärztinnen und Ärzten erlebt zu haben. Dies vorwiegend aus dem Grund, dass die Frauen am meisten Kontakt mit den Pflegefachpersonen/Hebammen hatten und somit die Angriffsfläche grösser war. Frauen mit einem tiefen sozioökonomischen Status, Migrantinnen gaben an, abwertende Beleidigungen während der Geburt erlebt zu haben. Kommentar: Intersektionalität erneut Thema, grundsätzlich ebenfalls sekundär für Bearbeitung der Bachelorarbeit-Fragestellung</p> <p>(4) Stigma und Diskrimination: Studien zeigen, dass Frauen aufgrund von (1) Ethnie/Religion, (2) Alter, (3) sozioökonomischem Status, (4) medizinische Faktoren (HIV) diskriminiert werden, da sie sich anders behandelt fühlten als Frauen, welche von diesen 4 Punkten nicht betroffen sind. Gesundheitsfachpersonen gaben ihrerseits an, dass Frauen, welche Faktor (3) erfüllen, eher dem Risiko einer minderwertigeren Betreuung ausgesetzt waren. Kommentar: Intersektionalität erklärbar (vergleiche Studie Betron et al. (2018)), für Bearbeitung Bachelorarbeit-Fragestellung sekundär</p> <p>(5) Versagen bei der Umsetzung von professionellen Pflegestandards: Mangel an informierter Entscheidung und Vertraulichkeit mit privaten Daten (keine oder unzureichende Aufklärung, Weitergabe von vertraulichen Daten), unsachgemässe Durchführung von physischen Untersuchungen und Verfahren (schmerzhafte vaginalen Untersuchungen, Verweigerung Schmerztherapie unter der Geburt anzubieten), Vernachlässigung und Ablehnung (Frauen fühlten sich alleingelassen, nicht ernstgenommen, mussten lange Warten, bis sich jemand um sie kümmerte) wurde in diesem Überthema zusammengefasst. Kommentar: evtl. Kategorie, welche zur Begründung und Erarbeitung der Fragestellung herbeigezogen werden kann (siehe Diskussion der Studie) Gedanken: Frauenbild und mangelnde Aufklärung – Korrelation?</p> <p>(6) Schlechte Beziehung zwischen Frau und Gesundheitsfachperson: In den Studien beschreiben Frauen, dass sie mit den Erklärungen zu ihrer Behandlung unzufrieden waren, da Nutzen und Ablauf dieser für sie auch nach Information unverständlich blieb. Sie fanden keinen Platz für Nachfragen. Unter Autonomieverlust wird beschrieben, dass Frauen die Gebärlage nicht selbst wählen durften. Sie wurden in liegende Positionen gezwungen. Frauen fühlten sich wie Objekte behandelt und wie die passiven Begleiter bei ihrer Geburt. Die Gesundheitsfachpersonen ihrerseits gaben an, dass sie es sich gewohnt seien, dass Frauen im Liegen gebären und dass sie sich primär deshalb nicht wohl fühlen würden, wenn die Frau die Position selbst auswählen dürfe. Kommentar: Autonomieverlust → Gesundheitsfachpersonen kontrollieren Frauen; evtl. sinnvoll für Fragestellung</p> <p>(7) Zustand des Gesundheitssystems: Ressourcenmangel im Gesundheitssystem bezüglich Personals und Material wird in diesem Überthema aufgezeigt. Personalkürzungen tragen dazu bei, dass Frauen längere Wartezeiten ertragen mussten und sie von nachlässiger Betreuung betroffen waren, da die Gesundheitsfachpersonen schlicht einen strukturellen Mangel an Zeit hatten. Weiter fehle es in vielen Ländern an Privatsphäre in den Kliniken. Frauen gaben an, dass sie keine Möglichkeit fanden ihre Meinung zur Betreuung zu platzieren. Zum einen hatten sie Angst, den Gesundheitsfachpersonen Probleme zu bereiten oder selbst unfair behandelt zu werden. Zum anderen kannten die Frauen ihre Rechte als «Patientinnen» nicht. Kommentar: CAVE keine Mikrofaktoren miteinbeziehen (Personalmangel), Frauen kennen ihre Rechte nicht, erhalten kein Gehör</p> <p>Welches sind nun die Einflüsse auf despektierliches Verhalten in der Geburtshilfe: Ungeduldiges, gestresstes Personal; Hierarchische Strukturen in Kliniken legitimieren die Kontrolle, welche Gesundheitsfachpersonen über Frauen ausüben; strukturelle Gründe, wie Unterbesetzung, viele Patienten, tiefe Löhne, lange Arbeitsdienste; Gesundheitsfachpersonen seien gefangen in einer hierarchischen Struktur und würden die Kontrolle über die Patienten geniessen.</p>	Y
--	--	---

Discussion		Summarise key findings; discusses clinical inferences based on internal and external validity; interpret the results in light of the totality of available evidence; describe potential biases in the review process (eg population bias); and suggest a future research agenda:	Y
		<p><i>Die Forschungsgruppe fasst die Ergebnisse zusammen und zeigt auf, dass MoW zwischen Gesundheitsfachpersonen und den Frauen auftreten kann, jedoch auch stark von strukturellen Gegebenheiten, wie Personalkürzungen, Materialmangel, Richtlinien, Machtdynamiken, welche Frauen systematisch entmächtigt beeinflusst wird.</i></p> <p><i>Im Diskussionsteil beschreiben sie, dass sie ihre Überthemen gestützt auf die Arbeit von (Bowser & Hill, 2010) erstellt haben.</i></p> <p><i>Resultate werden mit aktueller Literatur in Zusammenhang gestellt. Ziel der Arbeit war es eine einheitliche Definition für MoW in geburtshilflichen Settings zu finden. Die Forschungsgruppe geht im Diskussionsteil kurz darauf ein und schlägt vor «mistreatment of women» (MoW) zu verwenden, um die Vielschichtigkeit des Phänomens zu erfassen und keine Aspekte der Problematik auszuschliessen, welche die betroffenen Frauen und die Gesundheitsfachpersonen beschrieben haben.</i></p>	

(2) Briceño Morales et al. (2018) – AICA (Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal), qualitativ (Ris & Preusse-Bleuler, 2015)

	Forschungsschritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<ul style="list-style-type: none"> Um welches Phänomen handelt es sich? Gewalt in der Geburtshilfe (OV) Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Verschiedene Gewaltdefinitionen (WHO, etc.), Fokus auf soziologische und strukturelle Betrachtung von Gewalt in der Geburtshilfe Wie lautet die Forschungsfrage? Nicht erkennbar ausformuliert Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt? Das Ziel des übergeordneten Projekts lautet folgendermassen: «[...] dessen Ziel es war, die Bedeutung [zu] erforschen, welche Frauen den Praktiken des Gesundheitswesens beimessen, die während der Geburtsbetreuung durchgeführt werden.» (S. 1309) 	<ul style="list-style-type: none"> Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Geburtshilfe? Ja Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Geburtshilfe? Ja Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Nicht explizit Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Nein Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Nein
	Ansatz/Design	<ul style="list-style-type: none"> Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Qualitatives Forschungsdesign (Grounded Theory) Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet? Konstruktivismus 	<ul style="list-style-type: none"> Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ja, weil die Perspektive der Frau eingefangen werden und daraus anschliessend eine Theorie entwickelt werden soll
	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> Um welche Population handelt es sich? Mütter Welches ist die Stichprobe? 16 Frauen. Einschlusskriterien: Herkunft (eine von drei kolumbianischen Städten), Alter (> 14 Jahre), Zustimmung zur Mitarbeit, Primiparität oder höher, Geburt in aktuellem kolumbianischen Gesundheitssystem, Kommunikationsfähigkeit (flüssige und kohärente Konversation), Rechte sind der Frau bekannt, Erinnerung an Geburtserlebnis und Bereitschaft darüber zu berichten. Ausschlusskriterien: Hochrisikoschwangerschaft, Totgeburt in Anamnese, Perinataler Tod, Kranke Neugeborene Wie wurde die Stichprobe gezogen? Willkürliche Stichprobe und vervollständigend <ul style="list-style-type: none"> Probability sampling? Non-probability sampling? Gibt es verschiedene Studiengruppen? Nein Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Ja, mittels Ein- und Ausschlusskriterien 	<ul style="list-style-type: none"> Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Ja Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Teilweise, eher klein, nur aus einem Land (3 Städte) <ul style="list-style-type: none"> Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Frauen in ähnlich funktionierenden Gesundheitssystemen Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Ja, wird nicht begründet Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Ja Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Ja Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Ja
	Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? <ul style="list-style-type: none"> Interview Beobachtung Fokus Gruppe Schriftstücke & Kunstformen Wie häufig wurden Daten erhoben? 18 Interviews Wie wurden die Daten verarbeitet (z. B. verbatim Transkription)? 	<ul style="list-style-type: none"> Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Ja Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Nein Wird die Datensättigung diskutiert? Ja Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Ja

	Transkription (nicht genauer erläutert, Tonaufnahme?)	
Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? <ul style="list-style-type: none"> Phänomenologie, Grounded Theory, Ethnographie etc., oder „qualitativ-deskriptiv“, „qualitativ-explorativ“ - mit Bezug zu einer allgemein akzeptierten Vorgehensweise oder Begründung weshalb anders. GT mache die Abstrahierung der erhobenen Aussagen möglich, damit daraus Theorien entwickelt werden können 	<ul style="list-style-type: none"> Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt? Hintergrund wird mit Literatur beschrieben, Standpunkt nicht klar ausformuliert Wie ist die Kongruenz bezüglich Ontologie-Epistemologie-Methodologie? Nicht ausführlich, keine Fragestellung formuliert, Zusammenhang zwischen Einleitung und Methode unklar Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? Ja Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z. B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet? Nein, keine Fragestellung formuliert, jedoch ist Methode für Phänomen OV geeignet
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? Analyse nach Corbin und Strauss (2015) mit Kategorien und Codes Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? Sie beschreiben Reflexion des Arbeitsprozesses untereinander 	<ul style="list-style-type: none"> Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Nein Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? Ja Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? Ja Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Ja Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? Empirische Verankerung, Codierung, Triangulation Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? Nein
Ethik	<ul style="list-style-type: none"> Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Nein Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? Institutional Review Board (IRB) genehmigt 	<ul style="list-style-type: none"> Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Anonymisierung; den Teilnehmenden wird erklärt, dass es um ihre persönlichen Erfahrungen geht; respektvoll, interessiert begegnet

Ergebnis	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.? Aus den Resultaten wurden fünf Hauptkategorien erstellt. <ul style="list-style-type: none"> — Autoritativer medizinischer Habitus; der wichtigste Punkt für die Teilnehmenden, bezeichnet ungleiche Beziehungen zwischen Gesundheitspersonal und der Frau, gekennzeichnet durch vertikale Machtverteilung, Gesundheitspersonal ist der Frau überlegen und massregelt und bedroht die Frau (v.a. bei Weigerung der Frau Instruktionen zu befolgen), Entwürdigung (Objektifizierung, kein Mensch sein), Eingriffe/Handlungen ohne Zustimmung (VU, UBK) werden als schmerzhaft/übergriffig erlebt, Frauen fühlen sich nicht unterstützt, eingeschränkt, dürfen ihren Bedürfnissen (Essen, Trinken, Bewegung) nicht nachgehen, Frauen haben verbale/psychische Gewalt erlebt, keine Empathie verspürt — Naturalisierung von sozialer Gewalt; Gewalt in Kolumbien ist ein soziales Problem, Inzidenz von häuslicher Gewalt hoch auch in SS, wirkt traumatisierend, leben unter armen Bedingungen (Kriegserlebnisse), Diskriminierung (Alter, Gewicht, Ethnie), Frauen in tiefen Versicherungsklassen erfahren mehr Gewalt, Betreuung von Frauen in höheren Versicherungsklassen/sozialem Status wird priorisiert, Beziehung zu Gesundheitsfachpersonen zeigt Muster von sozialen hierarchischen Systemen (welche heute als naturgegeben angesehen werden), Ärzte werden als machthabend gesehen – Folge: Frauen werden nicht um Zustimmung gefragt, Status SS schütze Frauen nicht vor Gewalt — Ungerechtes Gesundheitssystem, welches Machtverhältnisse begünstigt: es gebe zwei Phänomene um Ursprung von OV zu erklären (laut Frauen): 1) Geschichte von Entstehung kolumbianischer Gesellschaft & ihres Gesundheitssystems, 2) Beziehungen zwischen den Gesundheitsfachpersonen und der gebärenden Frauen (wobei dieser Faktor 1. den Faktor 2. bedinge), Frauen werden je nach Zugehörigkeit zum System behandelt (Ursache für Diskriminierung), somit werden nicht alle Schwangeren gleich behandelt, dabei könnten Schwangere aufgrund von falscher Priorisierung gefährdet werden, menschliche Betreuung wird durch übermässig viele Protokolle/Schemen verhindert, durch Vereinheitlichung von Gesundheitssystem werde aus Mensch ein Massenprodukt gemacht & Versuch den Menschen möglichst schnell durch System zu bringen, in Ländern wo Stigmatisierung ähnlich sei, finden sich ähnliche Zustände — Bewältigungsstrategien zu OV; Akzeptanz, sich dem unterzuordnen, möchten ihre Kinder keinem Risiko aussetzen, möchten Beziehungen nicht verändern, haben im Nachhinein verdrängt und heruntergespielt = Schutzmechanismus gegen traumatische Erinnerungen — «Angst durchdringt alles»; Tragweite von Erlebnis OV kann in vier Hauptgefühlen zusammengefasst werden: Unfähigkeit zu Gebären, Angst vor allem, was mit Geburt zu tun hat, sich alleine fühlen während des Prozesses, sich von Geliebten und Gesundheitsfachpersonal verlassen fühlen: Auswirkungen – können der Geburt nicht mehr gut gegenüberstehen, Gefühle kontrollieren Frauen, macht sie wieder zu Opfern, befördert sie in zweitrangige Rollen, bei nicht-Gelingen von Geburt = Frauen haben zu wenig geleistet, seien es nicht wert Mutter zu sein, Angst vor dem unvorhersehbaren Event Geburt, Angst vor dem Tod, Angst erneut schwanger zu sein und erneut an eine Geburt zu denken • Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Nein • Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Ja • Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Ja • Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Ja • Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Ja • Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Ja • Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Teilweise inhaltlich überlappende Kategorien • Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Ja, Darstellung dazu auch sehr aufschlussreich
----------	------------	---	---

		Teilnehmergeschichten?	
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse? Kleiner Einblick, um Verständnis zu vertiefen und auf Thematik hinzuweisen <ul style="list-style-type: none"> Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? sozial, ökonomisch, politisch, historisch Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? Keine Forschungsfrage formuliert, Aspekte aus dem Ziel wurden behandelt Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? Forschungsliteratur wird viel präsentiert, Bezug zu Ergebnissen wird hergestellt 	<ul style="list-style-type: none"> Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Ja Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Leistet einen Teil zur Erreichung des Ziels des übergeordneten Projekts Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Ja Sind die Ergebnisse für die Geburtshilfe relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Geburtshilfe diskutiert)? Ja
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis	<ul style="list-style-type: none"> Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? Konzept OV überdenken und neu definieren, Gesundheitsfachpersonen sollen dem neuen Gesundheitssystem kritisch sein, sich reflektieren in der eigenen Rolle, die Elimination von Gewalt anstreben, dies benötigt strukturellen Wandel und Menschen welche sich dafür einsetzen, damit dies erreicht werden kann 	<ul style="list-style-type: none"> Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Ja Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Nein (in kleinen Teilen, jedoch v.a. fehlender Bezug)

(3) Betron et al. (2018) – CAIS (Critically Analyzing Information Sources) (Engle & Cosgrave, 2011)

	Subject	Content Questions
I. Initial Appraisal	A. Author	What are the author's credentials--institutional affiliation (where he or she works), educational background, past writings, or experience? Is the book or article written on a topic in the author's area of expertise? You can use the various Who's Who publications for the U.S. and other countries and for specific subjects and the biographical information located in the publication itself to help determine the author's affiliation and credentials.
		<i>Myra L. Betron¹ Sheena Currie¹ and Joya Banerjee¹ work in the field of USAID's Maternal and Child Survival Program (MCHIP), while Tracy L. McClair² is employed at the Jhpiego which is a partner to the USAID program and cares for maternal health, family planning/reproductive health, and prevention of mother-to-child transmission of HIV.</i>
		¹ USAID's Maternal and Child Survival Program/Jhpiego, 1776 Massachusetts Avenue, NW Washington DC 20036, USA.
		² Jhpiego, 1776 Massachusetts Avenue, NW Washington, DC 20036, USA. <i>Hence, the article is written on a topic in the author's area of expertise.</i>
		Has your instructor mentioned this author? Have you seen the author's name cited in other sources or bibliographies? Respected authors are cited frequently by other scholars. For this reason, always note those names that appear in many different sources.
		Web of Science Search 24.02.2020: <i>Betron 6 publications, cited 12 times; McClair 4 publications, cited 8 times; Currie 20 publications, cited 348 times; Banerjee 14 publications, cited 237 times.</i> <i>Paper (Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis): cited 5 times.</i>
		Is the author associated with a reputable institution or organization? What are the basic values or goals of the organization or institution? <i>The authors are associated with reputable organizations; the main goal of the organization USAID MCHIP & Jhpiego is to improve maternity health and the health of mothers' families. USAID is active in developing countries in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean.</i>
	B. Date of Publication	When was the source published? This date is often located on the face of the title page below the name of the publisher. If it is not there, look for the copyright date on the reverse of the title page. On Web pages, the date of the last revision is usually at the bottom of the home page, sometimes every page. <i>August 28, 2018</i>
		Is the source current or out-of-date for your topic? Topic areas of continuing and rapid development, such as the sciences, demand more current information. On the other hand, topics in the humanities often require material that was written many years ago. At the other extreme, some news sources on the Web now note the hour and minute that articles are posted on their site. <i>Source is current; rather new since the mapping review gives an overview of the actual scope of the phenomenon.</i>
	C. Edition or Revision	Is this a first edition of this publication or not? Further editions indicate a source has been revised and updated to reflect changes in knowledge, include omissions, and harmonize with its intended reader's needs. Also, many printings or editions may indicate that the work has become a standard source in the area and is reliable. If you are using a Web source, do the pages indicate revision dates? <i>First edition.</i>

II: Content Analysis	D. Publisher	<p>Note the publisher. If the source is published by a university press, it is likely to be scholarly. Although the fact that the publisher is reputable does not necessarily guarantee quality, it does show that the publisher may have high regard for the source being published.</p> <p><i>BMC (BioMedCentral) as a part of Springer Nature publishes different journals in the field of science. They support open research for all since 1999. The articles that get published are reviewed by editorial teams.</i></p> <p><i>The article Betron et al. (2018) was published in the subjournal Reproductive Health.</i></p> <p><i>In this case, quality seems to be guaranteed.</i></p>
	E. Title of Journal	<p>Is this a scholarly or a popular journal? This distinction is important because it indicates different levels of complexity in conveying ideas. If you need help in determining the type of journal, see Distinguishing Scholarly from Non-Scholarly Periodicals. Or you may wish to check your journal title in the latest edition of Katz's Magazines for Libraries (Olin Ref Z 6941.K21, shelved at the reference desk) for a brief evaluative description.</p> <p><i>Scholarly; open-access journal.</i></p>
	A. Intended Audience	<p>What type of audience is the author addressing? Is the publication aimed at a specialized or a general audience? Is this source too elementary, too technical, too advanced, or just right for your needs?</p> <p><i>The authors address a specialized audience. The source is just right for the needs of the bachelor thesis, as it is written in the field of maternal health – the statements are comprehensible.</i></p>
	B. Objective Reasoning	<p>Is the information covered fact, opinion, or propaganda? It is not always easy to separate fact from opinion. Facts can usually be verified; opinions, though they may be based on factual information, evolve from the interpretation of facts. Skilled writers can make you think their interpretations are facts.</p> <p><i>The information is covered fact. The aim of the mapping review is to detect the scope of a phenomenon – to reveal possible effects. They show these possible determinants in the context of actual studies and literature.</i></p>
		<p>Does the information appear to be valid and well-researched, or is it questionable and unsupported by evidence? Assumptions should be reasonable. Note errors or omissions.</p> <p><i>The information is mentioned with further literature. Hence, it seems to be well-researched. There are no identifiable assumptions.</i></p>
		<p>Are the ideas and arguments advanced more or less in line with other works you have read on the same topic? The more radically an author departs from the views of others in the same field, the more carefully and critically you should scrutinize his or her ideas.</p> <p><i>The ideas are in line with other works.</i></p>
		<p>Is the author's point of view objective and impartial? Is the language free of emotion-arousing words and bias?</p> <p><i>The authors don't mention anything concerning their objectivity. The review is written in scientific language, thus without the usage of emotion-arousing words.</i></p>
	C. Coverage	<p>Does the work update other sources, substantiate other materials you have read, or add new information? Does it extensively or marginally cover your topic? You should explore enough sources to obtain a variety of viewpoints.</p> <p><i>The work covers the topic of this bachelor thesis extensively. There are partially new statements in the work → mapping review; but it mostly covers what was found in the other articles.</i></p>

III. Resultate - AICA		<p>Is the material primary or secondary in nature? Primary sources are the raw material of the research process. Secondary sources are based on primary sources. For example, if you were researching Konrad Adenauer's role in rebuilding West Germany after World War II, Adenauer's own writings would be one of many primary sources available on this topic. Others might include relevant government documents and contemporary German newspaper articles. Scholars use this primary material to help generate historical interpretations--a secondary source. Books, encyclopedia articles, and scholarly journal articles about Adenauer's role are considered secondary sources. In the sciences, journal articles and conference proceedings written by experimenters reporting the results of their research are primary documents. Choose both primary and secondary sources when you have the opportunity.</p> <p>Secondary source.</p>
	D. Writing Style	<p>Is the publication organized logically? Are the main points clearly presented? Do you find the text easy to read, or is it stilted or choppy? Is the author's argument <i>repetitive</i>?</p> <p>The main points are clearly presented. The text is well structured and the graphic Gender Analysis Framework (GAF) helps the reader to cluster the idea of the authors.</p>
	E. Evaluative Reviews	<p>Locate critical reviews of books in a reviewing source, such as Book Review Index, Book Review Digest, OR ProQuest Research Library. Is the review positive? Is the book under review considered a valuable contribution to the field? Does the reviewer mention other books that might be better? If so, locate these sources for more information on your topic.</p> <p>-</p> <p>Do the various reviewers agree on the value or attributes of the book or has it aroused controversy among the critics?</p> <p>-</p> <p>For Web sites, consider consulting one of the evaluation and reviewing sources on the Internet.</p> <p>-</p>
	A. Inhalt	<p>Was sind die Ergebnisse? Wie sind diese präsentiert?</p> <p>Ziel: Das Phänomen – Einfluss von Geschlechterungleichheit auf RMC (respectful maternity care) wird beschrieben. Es wird mit den Menschenrechten, der aktuellen Forschung zu MoW (Bohren) und der Aussage der WRA zu D&A beschrieben. Weiter wird die Annahme gestellt, dass Geschlechterungleichheit und „gender-based violence“ einen Einfluss habe auf das Auftreten von MoW. Es soll untersucht werden, ob die Annahme des Phänomens durch Studien belegt werden kann und in welchem Ausmass bestehende Interventionen in der Geburtshilfe das Phänomen adressieren.</p> <p>Ziel der Arbeit ist es aufzuzeigen, wie die aktuelle Forschung das Phänomen anspricht – aus Sicht der Klientinnen und der Gesundheitsfachpersonen → Mapping Review: Erkennung von möglichen Verbindungen, um ein Phänomen neu zu erklären und weiterzuforschen.</p> <p>Resultate werden in die vier Kategorien des GAF eingeteilt & eine weitere Kategorie generiert, um Intersektionalität zusammenzufassen. Folgend werden die Resultate jeder einzelnen Kategorie zusammenfassend beschrieben:</p> <p>(1) Überzeugungen und Wahrnehmung: kulturelle Systeme und Gendernormen beeinflussen das Verhalten der Menschen; MoW wird folglich als normal angesehen/wird akzeptiert, Frauen haben tiefe Erwartungen an die Betreuung; Frauen, welche sich nicht den Normen entsprechend verhalten, sind MoW häufiger ausgesetzt, Gesundheitsfachpersonen stützen ihre eigenen Moralvorstellungen & ihren Glauben dem Verhalten der Frauen über, es wird erwartet, dass Frauen Sittsamkeit und Gelassenheit ausstrahlen, ansonsten werden sie sehr engmaschig begleitet (Bsp. Entscheidung über Geburtsposition kommt von Gesundheitsfachperson).</p> <p>Auswirkungen auf Gesundheitsfachpersonen: Mangel an Vertrauen in die Kompetenz der Frauen und hier im Speziellen in diejenigen der Professionsgruppe «Hebammen», Phänomen Geschlechterungleichheit könne psychische Folgen für die Hebammen haben (Bsp. Psychische Störungen, Burnout) und somit die Bereitschaft für RMC mindern. Weiter zeigen die Resultate, dass Gewalt gegen Klientinnen und Klienten im Gesundheitssetting eine Methode ist, um Kontrolle über die Menschen im Setting zu erlangen, Gesundheitsfachpersonen müssen sich kontinuierlich in der Rolle als Professionsangehörige behaupten und wenden Gewalt an, um sich in dem Setting mächtiger zu fühlen. Resultate zeigen einen Zusammenhang zwischen der Gewalt, welche Gesundheitsfachpersonen selbst erleben und wie sie diese dann im Setting leben.</p>

	<p>(2) Praxis und Teilnahme: Normen strukturieren die Art von Tätigkeit, welche Frauen und Männer wählen und welche Rollen und Verantwortung sie innerhalb dieser wahrnehmen. Kategorie beleuchtet die Möglichkeit beim Entscheidungsfindungsprozess aktiv teilzunehmen: Frauen beteiligen sich zu wenig in der Entscheidungsfindung ihrer Pflege, Männer nehmen oftmals die vorherrschende Rolle in den Verhandlungen ein. Männliche Begleitpersonen setzen sich für respektvollen Umgang in der Beziehung zwischen den Gesundheitsfachpersonen und ihrer Frau ein, während Gebärende sich wenig einbringen oder MoW gar dulden würden aus Angst vor sozialen Sanktionen. Hebammen in Kulturen, in welchen Frauen nicht mit Männer interagieren dürfen, sind auf männliche Begleitpersonen auf ihren Arbeitswegen und Touren angewiesen. Sie sind somit eingeschränkt in der Ausübung ihrer Tätigkeit. Weiter: Gender beeinflusst Machtverhältnisse unter den Gesundheitsfachpersonen – wenn sich Hebammen und Mediziner/Ärzte nicht einig sind, dann haben Hebammen Schwierigkeiten, ihre Meinung/Haltung mit den Ärzten zu diskutieren, was jedoch im Interesse der professionellen Geburtshilfe wäre.</p> <p>(3) Zugang zu Ressourcen: Einfluss von Gender auf Zugang zu Ressourcen, welche für eine Person nötig sind, um in der Gesellschaft aktiv und selbständig zu sein (Land, Kapital, Werkzeuge, Wissen, Bildung, Information). Frauen fehle das Wissen über ihre Rechte im Gesundheitswesen, Männer in Tansania würden Schmiergelder einsetzen, um für ihre Frau eine bessere Pflege zu erhalten. Unverheiratete Frauen würden häufiger vom Gesundheitswesen abgelehnt werden als Verheiratete, vermutlich aufgrund angenommenem geringerem Einkommen. Hebammen in untersuchten Ländern (Afrika und Asien) würden von Einkommen leben, welches ihre grundlegenden Kosten zum Leben nicht decken würde. Löhne werden teilweise gar nicht oder nur unregelmässig am Ende des Monats ausgezahlt. Unterbezahlte Hebammen leiden an finanziellem Stress, daraus ergibt sich ein tieferes Selbstwertgefühl und geringere Motivation sich im Arbeitsleben einzusetzen – Faktoren, welche MoW fördern können.</p> <p>(4) Institutionen, Gesetze und Richtlinien: Unterschiede für Frauen und Männer von formellen und informellen Rechten und deren Einfluss auf die Institutionen und die Richtlinien innerhalb derer; auf Ebene der Gesetze und deren Einfluss auf die geburtshilflichen Institutionen findet sich nur wenig Forschung. Autoren einer untersuchten Studie (Jewkes & Penn-Kekana, 2015) begründen dies damit, dass MoW ein Thema der Frauengesundheit sei und die Entscheidungsträger deshalb darin momentan keine Priorität sehen würden. Einige RMC-Institutionen sind der Überzeugung, dass MoW ein Thema der Frauenrechte sein muss. Fünf der untersuchten Studien zeigen, dass es bezüglich der RMC zu wenig Richtlinien gebe.</p> <p>(5) Intersektionalität: scheint im Zusammenhang mit dem Auftreten von MoW ein zentraler Faktor zu sein. Diskriminierung aufgrund von sozioökonomischem Status, Ausbildungsstand, Ethnie, Arbeitsstatus erschwert die Betreuung der Frau im Gesundheitswesen.</p>
B. Würdigung	<p>Wird das Phänomen ganzheitlich beleuchtet?</p> <p>Die Resultate zeigen mögliche Ursachen für MoW. Sie beleuchten dabei neue Einflussfaktoren der Literatur und stellen diese in einer Grafik dar, was für ein Mapping Review passend erscheint. Die Autorinnen beschreiben, dass keine ganzheitliche Betrachtungsweise des Einflusses der Genderungleichheit auf MoW möglich war, da diesbezüglich nur wenige Studien gefunden wurden. Dennoch würde die zitierte Literatur auf die Relevanz der Faktoren der Genderungleichheit hinweisen und somit den Bedarf an weiterer Forschung aufzeigen (Ziel eines Mapping Reviews).</p> <p>Leistet die Arbeit einen Beitrag zum besseren Verständnis des Phänomens?</p> <p>Die Arbeit erscheint somit für die Beantwortung der Fragestellung relevant, da sie aufzeigt, dass der Faktor Genderungleichheit einen Einfluss auf das Phänomen MoW hat und weiter erforscht werden sollte.</p>

(4) Bellón Sanchez (2014) – CAIS & AICA (Engle & Cosgrave, 2011; Ris & Preusse-Bleuler, 2015)

	Subject	Content Questions
I. Initial Appraisal	F. Author	What are the author's credentials--institutional affiliation (where he or she works), educational background, past writings, or experience? Is the book or article written on a topic in the author's area of expertise? You can use the various Who's Who publications for the U.S. and other countries and for specific subjects and the biographical information located in the publication itself to help determine the author's affiliation and credentials.
		Source: Bellón Sánchez (2014) Silvia Bellón Sánchez: Erasmus Mundus Master's degree in Women's and Gender Studies, under supervision. <i>Article is in the area of the author's expertise, but she has little experience in collecting qualitative data.</i>
		Has your instructor mentioned this author? Have you seen the author's name cited in other sources or bibliographies? Respected authors are cited frequently by other scholars. For this reason, always note those names that appear in many different sources.
		<i>Yes, Dr. Michael Gemperle has discussed the Article in one of his presentations and it is mentioned in other literature that was reviewed.</i> Google Search 20.02.2020: The article was cited 7 times.
		Is the author associated with a reputable institution or organization? What are the basic values or goals of the organization or institution?
		<i>She has written her Master Thesis at university and it was accepted by the department of Women's and Gender Studies.</i>
	G. Date of Publication	When was the source published? This date is often located on the face of the title page below the name of the publisher. If it is not there, look for the copyright date on the reverse of the title page. On Web pages, the date of the last revision is usually at the bottom of the home page, sometimes every page.
		<i>04.09.2014</i>
		Is the source current or out-of-date for your topic? Topic areas of continuing and rapid development, such as the sciences, demand more current information. On the other hand, topics in the humanities often require material that was written many years ago. At the other extreme, some news sources on the Web now note the hour and minute that articles are posted on their site.
		<i>The source is current for our topic.</i>
	H. Edition or Revision	Is this a first edition of this publication or not? Further editions indicate a source has been revised and updated to reflect changes in knowledge, include omissions, and harmonize with its intended reader's needs. Also, many printings or editions may indicate that the work has become a standard source in the area and is reliable. If you are using a Web source, do the pages indicate revision dates?
		<i>First edition.</i>
	I. Publisher	Note the publisher. If the source is published by a university press, it is likely to be scholarly. Although the fact that the publisher is reputable does not necessarily guarantee quality, it does show that the publisher may have high regard for the source being published.
		<i>University Utrecht, Universidad de Granada.</i>
	J. Title of Journal	Is this a scholarly or a popular journal? This distinction is important because it indicates different levels of complexity in conveying ideas. If you need help in determining the type of journal, see Distinguishing Scholarly from Non-Scholarly Periodicals. Or you may wish to check your journal title in the latest edition of Katz's Magazines for Libraries (Olin Ref Z 6941.K21, shelved at the reference desk) for a brief evaluative description.
		<i>University, scholarly.</i>

II: Content Analysis	A. Intended Audience	What type of audience is the author addressing? Is the publication aimed at a specialized or a general audience? Is this source too elementary, too technical, too advanced, or just right for your needs? <i>Addressing different kinds of experts/ specialists. Source is just right for the needs of the bachelor thesis.</i>
	B. Objective Reasoning	Is the information covered fact, opinion, or propaganda? It is not always easy to separate fact from opinion. Facts can usually be verified; opinions, though they may be based on factual information, evolve from the interpretation of facts. Skilled writers can make you think their interpretations are facts. <i>Opinion; plausible and validly presented and scientifically anchored.</i>
		<i>Does the information appear to be valid and well-researched, or is it questionable and unsupported by evidence? Assumptions should be reasonable. Note errors or omissions.</i> <i>Yes (many scholarly references).</i>
		<i>Are the ideas and arguments advanced more or less in line with other works you have read on the same topic? The more radically an author departs from the views of others in the same field, the more carefully and critically you should scrutinize his or her ideas.</i> <i>Yes, many ideas are also found in numerous other works.</i>
		Is the author's point of view objective and impartial? Is the language free of emotion-arousing words and bias? <i>The author makes clear from which point she writes and reflects about her background to the topic. She argues with a variety of valid literature that science can never be objective.</i>
	C. Coverage	Does the work update other sources, substantiate other materials you have read, or add new information? Does it extensively or marginally cover your topic? You should explore enough sources to obtain a variety of viewpoints. <i>Yes, including primary sources and other renowned scientific texts. It covers the topic extensively and holistic.</i>
		<i>Is the material primary or secondary in nature? Primary sources are the raw material of the research process. Secondary sources are based on primary sources. For example, if you were researching Konrad Adenauer's role in rebuilding West Germany after World War II, Adenauer's own writings would be one of many primary sources available on this topic. Others might include relevant government documents and contemporary German newspaper articles. Scholars use this primary material to help generate historical interpretations--a secondary source. Books, encyclopedia articles, and scholarly journal articles about Adenauer's role are considered secondary sources. In the sciences, journal articles and conference proceedings written by experimenters reporting the results of their research are primary documents. Choose both primary and secondary sources when you have the opportunity.</i> <i>Primary source: Qualitative Study, Review of Legal Texts Secondary source: Theoretical Background</i>
	D. Writing Style	Is the publication organized logically? Are the main points clearly presented? Do you find the text easy to read, or is it stilted or choppy? Is the author's argument repetitive? <i>Very organized text, easy to read and comprehend. New ideas and arguments are presented throughout the text, not repetitive.</i>
	E. Evaluative Reviews	Locate critical reviews of books in a reviewing source, such as Book Review Index, Book Review Digest, OR ProQuest Research Library. Is the review positive? Is the book under review considered a valuable contribution to the field? Does the reviewer mention other books that might be better? If so, locate these sources for more information on your topic. -

		Do the various reviewers agree on the value or attributes of the book or has it aroused controversy among the critics?	
		-	
		For Web sites, consider consulting one of the evaluation and reviewing sources on the Internet.	
		-	
	Forschungsschritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
AICA Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<ul style="list-style-type: none"> • Um welches Phänomen handelt es sich? Gewalt in der Geburtshilfe (OV) • Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Definition mit Hilfe Theorien und Konzepte aus Soziologie, Anthropologie und Geschichte • Wie lautet die Forschungsfrage? "Why and how do current childbirth activists use 'obstetric violence' to report issues and what can the concept add to their previous strategies?" // „Weshalb und wie nutzen Aktivistinnen und Aktivisten für Geburtshilfe 'Obstetric Violence' aktuell, um auf ihre Anliegen aufmerksam zu machen und was kann das Konzept zu ihren bisherigen Strategien beitragen?" • Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt? Drei Hauptgebiete, welche die Arbeit umfassen soll: <ul style="list-style-type: none"> – 1. Die Rolle von Machtbeziehungen im Verständnis der aktuellen Probleme in Bezug auf Medikalisierung, professionellem Autoritarismus und Sexismus in der westlichen Geburtshilfe. – 2. Einfluss von bahnbrechenden institutionellen Initiativen gegen Medikalisierung, professionellem Autoritarismus und Sexismus in der Geburtshilfe in Rechtstexten und aktuellem Aktivismus – 3. wichtige Angelegenheiten, Strategien und der Gebrauch des Konzepts ‚OV‘ von spanischen Aktivistinnen und Aktivisten für Geburtshilfe 	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Geburtshilfe? Ja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Geburtshilfe? Ja • Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Ja • Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Ja • Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja • Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja

AICA Methode	Fragen zur Zusammenfassung und Würdigung des Theoretischen Hintergrunds	<ul style="list-style-type: none"> • Wird im theoretischen Hintergrund eine Frage mit eindeutigem Schwerpunkt gestellt? (Population, Interventionen, Exposition, Resultate) Nein, aber eine klare Zielformulierung: Das Verständnis für das Phänomen OV soll geschaffen werden. • Fand für den theoretischen Hintergrund eine treffende Auswahl an Literatur statt? Ja • Wurde versucht alle relevante Literatur zu finden? Nicht eindeutig nachvollziehbar. Die Auswahl der Literatur aus bestimmten Teilgebieten (Soziologie, Geschichte und Anthropologie) wird jedoch klar begründet. • Wurde die Qualität der ausgewählten Literatur bewertet? Nein, aber es handelt sich weitgehend um anerkannte Arbeiten. • Falls die Aussagen der Texte zusammengeführt wurden, war dies angemessen? Ja • Wie genau sind die Schlussfolgerungen? Von verschiedenen Seiten beleuchtet, aus verschiedenen Blickwinkeln. • Können die Schlussfolgerungen auf die örtliche Bevölkerung übertragen werden? Ja • Wurden alle wichtigen Auswirkungen berücksichtigt? Nein, aber alle für den Teilbereich wichtigen. • Ist eine Veränderung in der Politik oder Praxis aufgrund der Resultate indiziert? Ja 	
	Fragen zur Zusammenfassung und Würdigung des Reviews von Gesetzestexten	<ul style="list-style-type: none"> • Wird im Review eine Frage mit eindeutigem Schwerpunkt gestellt? (Population, Interventionen, Exposition, Resultate) Ja, siehe S. 56 der Arbeit. • Fand für das Review eine treffende Auswahl an Literatur statt? Ja • Wurde versucht alle relevante Literatur zu finden? Ja • Wurde die Qualität der ausgewählten Literatur bewertet? Ja, wo es Sinn gemacht hat. • Falls die Aussagen der Texte zusammengeführt wurden, war dies angemessen? Ja • Wie genau sind die Schlussfolgerungen? Aus den Gesetzgebungen: es werden drei Hauptursachen für OV herausgearbeitet: <ul style="list-style-type: none"> – 1. Pathologisierung des schwangeren Körpers – 2. Medikalisierung des weiblichen Fortpflanzungsprozesses – 3. verunglimpfendes oder entmenslichendes Verhalten gegenüber Frauen unter der Geburt • Wurden alle wichtigen Auswirkungen berücksichtigt? Ja • Ist eine Veränderung in der Politik oder Praxis aufgrund der Resultate indiziert? Ja, wird diskutiert. 	
	Ansatz/Design der qualitativen Studie	<ul style="list-style-type: none"> • Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Qualitatives Forschungsdesign (Grounded Theory) • Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet? Konstruktivismus 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ja, weil die Perspektive der Frau eingefangen werden soll und daraus dann eine Theorie entwickelt werden soll.
	Stichprobe der qualitativen Studie	<ul style="list-style-type: none"> • Um welche Population handelt es sich? Aktivistinnen für Geburtshilfe in Spanien. • Welches ist die Stichprobe? 5 Aktivistinnen aus drei wichtigsten Organisationen für Geburtshilfe in Spanien: 5/5 Mütter, 4/5 Geburtserlebnis mit Medikalisierung/ Respektlosigkeiten. • Wie wurde die Stichprobe gezogen? E-Mail-Anfrage mit freiwilliger Teilnahme. • Gibt es verschiedene Studiengruppen? Nein • Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Ja 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Ja • Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? eher kleine Stichprobengrösse, aber wichtigste Stimmen sind beinhaltet, Population ebenfalls klein <ul style="list-style-type: none"> – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Geburtshilflicher Aktivismus in Spanien, begrenzt auf westliche Geburtshilfe • Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Kleine Stichprobengrösse, kleine Population. Stichprobengrösse wird nicht begründet. • Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Ja • Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Ja • Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? 4/5 selbst direkt erlebt
	Datenerhebung der qualitativen Studie	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? <ul style="list-style-type: none"> • Interview: teilstrukturiert, Vorbereitung eines Fragekatalogs mit 	<ul style="list-style-type: none"> • Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Ja • Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit

		<ul style="list-style-type: none"> 7 Fragen • Beobachtung: Zusammenkunft von Aktivistinnen und Interessierten • Fokus Gruppe • Schriftstücke & Kunstformen • Wie häufig wurden Daten erhoben? 4 Interviews zwischen 35-100 min, 2 persönlich und 2 telefonisch. 1 Beobachtung einer Sitzung, wo Aktivistinnen und Aktivisten sich mit Interessierten über Sorgen und Zweifel zur Geburt austauschen. • Wie wurden die Daten verarbeitet (z. B. verbatim Transkription)? Transkription mithilfe von Notizen, Tonaufnahmen und Übersetzung. 	<p>dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Ja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird die Datensättigung diskutiert? Nein • Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Ja
	Methodologische Reflexion der qualitativen Studie	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? Begründung zu teilstrukturierten Interviews. <ul style="list-style-type: none"> – Phänomenologie, Grounded Theory, Ethnographie etc., oder „qualitativ-deskriptiv“, „qualitativ-explorativ“ - mit Bezug zu einer allgemein akzeptierten Vorgehensweise oder Begründung weshalb anders. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt? Hintergrund wird mit Literatur beschrieben, Standpunkt durch Autorin klar dargestellt. • Wie ist die Kongruenz bezüglich Ontologie-Epistemologie-Methodologie? Sehr passend, aber teils Methoden nicht sehr ausführlich beschrieben. • Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? Ja, qualitativer Ansatz aber als Teil der Arbeit. • Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z.B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet? Ja, qualitativer methodologischer Ansatz folgt als eine Ebene zur Beantwortung der Fragestellung.
	Datenanalyse der qualitativen Studie	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? Kategorisierung • Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? Sie beschreibt Reflexion des Arbeitsprozesses und kleine Stichprobengröße. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Nein • Analysemethoden nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? Nein • Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? Nein • Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Ja, empirisch verankert. • Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? Empirische Verankerung • Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? Nein
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> • Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Nein, betreffend die Methodik keine. • Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? Nicht relevant, nicht eingeholt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Freiwillige Teilnahme an Interviews, Klarstellung, dass Interviewerinnen auch persönliche Ansichten teilen dürfen und sie nicht bloss als Vertretung der Organisation auftreten sollen.

AICA Ergebnisse	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> – Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.? Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, Teilnehmergeschichten? – Gesetzestexte zur OV versuchen einige Probleme zu lösen, die mit den negativen Auswirkungen von Medikalisierung, professionellem Autoritarismus und Sexismus auf Frauen und ihre Kinder in Zusammenhang stehen – Impliziert, dass das Recht auf respektvollen Umgang in Gesundheitsinstitutionen und das Recht auf eine freie, informierte Entscheidung zu medizinischen Verfahren verletzt wird – Aktivistinnen und Aktivisten nutzen seit den Gesetzestexten OV als Konzept, um eine respektvolle Geburtshilfe einzufordern – Feministische Aktivistinnen und Aktivisten schenken dem Thema Geburt wenig Aufmerksamkeit, gleichzeitig setzen sich Organisationen für Geburtshilfe die Gleichberechtigung der Geschlechter nicht als Ziel – Die Ursachen von OV gründen in einer komplexen Reihe an Umständen – Medizin überträgt Hierarchien, Interessen und Werte der Gesellschaft in ihren Lehren und Praxen. Dies zeigt sich beispielsweise in der Auffassung, dass weibliche Körper zum Zweck einer schnellen und sterilen Geburt schonungslos manipuliert werden können – Medizin erhält durch den Status als anerkanntes Wissensgebiet die Macht, Körper zu kontrollieren, Normen zu definieren und festzustellen, welche Körper medizinische Versorgung benötigen – Mithilfe autoritativen Wissens verbreitet Medizin im 20. Jh. die Idee, dass Geburt ein medizinischer Vorgang ist, was zur Medikalisierung der Geburtshilfe führt – Ab Mitte 20. Jh. kritisieren gesellschaftliche Bewegungen negative Auswirkungen der Medikalisierung in der Geburtshilfe, was zu einer Anerkennung der Thematik in öffentlichen Institutionen führt. WHO gibt darauf Empfehlungen gegen diese Medikalisierung heraus – SRHR: Wenn Frauen Zugang zu einem Gesundheitssystem frei von männlich-chauvinistischen Vorstellungen hätten, würde dies den Rechtsverletzungen gegenüber Frauen im Bereich der Sexualität und Reproduktion ein Ende setzen – Am Anfang des 21. Jh. fassen Gesetzestexte die Kritik an der Medikalisierung, professioneller Autoritarismus und Respektlosigkeit unter dem Begriff der Gewalt gegen Frauen zusammen und verorten die Thematik so im Genderdiskurs – OV in den Rechtstexten: Gewalt zeigt sich in Form von Pathologisierung schwangerer Körper und Geburt, worin sich die Unterdrückung von Frauen fortsetzt. Diese werden so als Subjekte betrachtet, welche nicht fähig sind, Entscheidungen für ihre eigene Gesundheit und diejenige ihrer Kinder zu treffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Ja • Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Ja • Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Ja • Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Ja • Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Ja • Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Ja • Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Ja • Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Plausible Interpretation der Daten gewährleistet durch empirische Verankerung.
-----------------	------------	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> – Nutzung von OV als Konzept im Aktivismus kann den Einfluss der Kritik an der aktuellen Geburtshilfe verstärken – Die Gesetzestexte und Möglichkeiten von OV wurden vom Aktivismus in Spanien nicht tiefer reflektiert. Dennoch sehen die Gruppen OV als Chance, das Bewusstsein für die ernsthaften Schäden der Medikalisierung, Respektlosigkeiten und uninformierten Entscheidungen zu stärken – Förderung von informierten Entscheidungen als einer der Schlüsselpunkte des Aktivismus mit positiven Auswirkungen: Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitssystems können auf sachgerechte Informationen zählen, um Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. So wird der professionelle Autoritarismus limitiert – Wissen hilft, im Gesundheitssystem verantwortungsvolle Nutzerinnen und Nutzer zu schaffen, welche empowert eine kooperative Beziehung zwischen ihnen und den Gesundheitsfachpersonen fördern können – Es wird von manchen Aktivistinnen und Aktivisten in Frage gestellt, ob es dazu Rechtstexte braucht oder doch eher eine grosse Menge an Information und Forschung – Autorin wendet ein, dass solche Informationen nicht nur Nutzerinnen und Nutzern zugänglich gemacht werden sollen. Sie bekräftigt, dass die Auseinandersetzung mit Genderfragen, der Geschichte der Wissenschaft, der Soziologie der Geburt und Rechtstexten zu OV beispielsweise in der Ausbildung von Hebammen eine Veränderung hervorbringen würde – Reproduktion und Mutterschaft als Hochburg des Patriarchats – Fehlende Reflexion dieser Thematik durch Aktivistinnen und Aktivisten führt dazu, dass diese Debatte öffentlich nicht unter Gesichtspunkt der Geschlechterfrage und somit unkritisch geführt wird – OV nicht als neues Phänomen, sondern als neues Konzept, welches vom Aktivismus dazu genutzt wird, auf die Missstände, welchen Frauen in Spitälern begegnen aufmerksam zu machen – OV als Konzept, nicht als Lösung – OV kann dazu nützlich sein, alte Themen neu zu überdenken, um neue Strategien für den Aktivismus zu finden und Aufmerksamkeit auf ein interessantes und unerforschtes Gebiet zu richten 	
--	--	--

AICA Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse? - • Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? soziologisch, geschichtlich, anthropologisch • Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? Forschungsfrage wird umfassend untersucht und beantwortet. • Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? Neue Betrachtungsweisen aufgezeigt 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Ja • Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Ja • Sind die Ergebnisse für die Geburtshilfe relevant und brauchbar (i.e. Ist Bedeutung für die Geburtshilfe diskutiert)? Ja
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? Forschungsbedarf wird aufgezeigt, Veränderungen in Bildung, tiefergehende Reflexion nötig 	<ul style="list-style-type: none"> • Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Ja (Fachpersonen, Ausbildung, Aktivismus) • Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Ja

(5) Cohen Shabot (2016) – CAIS (Engle & Cosgrave, 2011)

	Subject	Content Questions
I. Initial Appraisal	K. Author	What are the author's credentials--institutional affiliation (where he or she works), educational background, past writings, or experience? Is the book or article written on a topic in the author's area of expertise? You can use the various Who's Who publications for the U.S. and other countries and for specific subjects and the biographical information located in the publication itself to help determine the author's affiliation and credentials.
		<i>Sara Cohen Shabot is based at the University of Haifa; Womens & Gender Studies Grad Program in HAIFA, ISRAEL Hence, the article is written on a topic in the author's area of expertise.</i>
		Has your instructor mentioned this author? Have you seen the author's name cited in other sources or bibliographies? Respected authors are cited frequently by other scholars. For this reason, always note those names that appear in many different sources.
		Web of Science Search 24.02.2020: Cohen Shabot 16 publications, cited 30 times; Paper (Making Loud Bodies "Feminine"): cited 15 times.
	L. Date of Publication	Is the author associated with a reputable institution or organization? What are the basic values or goals of the organization or institution?
		<i>The author is associated with a reputable university.</i>
		When was the source published? This date is often located on the face of the title page below the name of the publisher. If it is not there, look for the copyright date on the reverse of the title page. On Web pages, the date of the last revision is usually at the bottom of the home page, sometimes every page.
		<i>May, 2016</i>
	M. Edition or Revision	Is the source current or out-of-date for your topic? Topic areas of continuing and rapid development, such as the sciences, demand more current information. On the other hand, topics in the humanities often require material that was written many years ago. At the other extreme, some news sources on the Web now note the hour and minute that articles are posted on their site.
		<i>Source is current; rather new, hence the phenomenological analysis can be used for a broader understanding of the topic.</i>
		Is this a first edition of this publication or not? Further editions indicate a source has been revised and updated to reflect changes in knowledge, include omissions, and harmonize with its intended reader's needs. Also, many printings or editions may indicate that the work has become a standard source in the area and is reliable. If you are using a Web source, do the pages indicate revision dates?
		<i>First edition.</i>
	N. Publisher	Note the publisher. If the source is published by a university press, it is likely to be scholarly. Although the fact that the publisher is reputable does not necessarily guarantee quality, it does show that the publisher may have high regard for the source being published.
		<i>Human Studies: A Journal for Philosophy and the Social Sciences within Springer. → scientific documents. In this case, quality seems to be guaranteed.</i>

II: Content Analysis	O. Title of Journal	Is this a scholarly or a popular journal? This distinction is important because it indicates different levels of complexity in conveying ideas. If you need help in determining the type of journal, see Distinguishing Scholarly from Non-Scholarly Periodicals. Or you may wish to check your journal title in the latest edition of Katz's Magazines for Libraries (Olin Ref Z 6941.K21, shelved at the reference desk) for a brief evaluative description.
		<i>Scholarly → philosophy and Social Sciences journal</i>
	A. Intended Audience	What type of audience is the author addressing? Is the publication aimed at a specialized or a general audience? Is this source too elementary, too technical, too advanced, or just right for your needs?
		<i>The author addresses a philosophically specialized audience, while the broad sense of the topic is still comprehensible without specific knowledge of all philosophical concepts.</i>
	B. Objective Reasoning	Is the information covered fact, opinion, or propaganda? It is not always easy to separate fact from opinion. Facts can usually be verified; opinions, though they may be based on factual information, evolve from the interpretation of facts. Skilled writers can make you think their interpretations are facts.
		<i>The information is partly opinion and partly covered fact. When Cohen Shabot states an opinion, she uses covered fact to justify her opinion. With the feminist-phenomenological analysis she considers further aspects of the phenomenon.</i>
		Does the information appear to be valid and well-researched, or is it questionable and unsupported by evidence? Assumptions should be reasonable. Note errors or omissions.
		<i>The information appears with further literature; hence, it seems to be well-researched. Assumptions are reasonable and mostly explained in a further paragraph.</i>
		Are the ideas and arguments advanced more or less in line with other works you have read on the same topic? The more radically an author departs from the views of others in the same field, the more carefully and critically you should scrutinize his or her ideas.
		<i>The ideas are in line with other literature while showing a new perspective.</i>
		Is the author's point of view objective and impartial? Is the language free of emotion-arousing words and bias?
		<i>The author's point of view is not objective, and the language is full of emotion-arousing words in the introduction, which doesn't need to be understood as a point of critique in a phenomenological analysis. In this design it is required to read a personal experience and feelings of the author in order to understand the motivation and the point of view of the author. Phenomenology recognizes the subjectivity of an author and the reader might better understand the statements and point of view in context with the personal experiences.</i>
	C. Coverage	Does the work update other sources, substantiate other materials you have read, or add new information? Does it extensively or marginally cover your topic? You should explore enough sources to obtain a variety of viewpoints.
		<i>The phenomenological analysis shows a philosophical perspective of the topic and covers our literature in some points.</i>
		Is the material primary or secondary in nature? Primary sources are the raw material of the research process. Secondary sources are based on primary sources. For example, if you were researching Konrad Adenauer's role in rebuilding West Germany after World War II, Adenauer's own writings would be one of many primary sources available on this topic. Others might include relevant government documents and contemporary German newspaper articles. Scholars use this primary material to help generate historical interpretations—a secondary source. Books, encyclopedia articles, and scholarly journal articles about Adenauer's role are considered secondary sources. In the sciences, journal articles and conference proceedings written by experimenters reporting the results of their research are primary documents. Choose both primary and secondary sources when you have the opportunity.
		<i>Secondary source.</i>

	D. Writing Style	Is the publication organized logically? Are the main points clearly presented? Do you find the text easy to read, or is it stilted or choppy? Is the author's argument repetitive? <i>The main points are clearly presented. The footnotes are rather confusing while reading the analysis. But beside that, it is well structured in different topics, which are reasonable together with literature.</i>
	E. Evaluative Reviews	Locate critical reviews of books in a reviewing source, such as Book Review Index, Book Review Digest, OR ProQuest Research Library. Is the review positive? Is the book under review considered a valuable contribution to the field? Does the reviewer mention other books that might be better? If so, locate these sources for more information on your topic. - Do the various reviewers agree on the value or attributes of the book or has it aroused controversy among the critics? - For Web sites, consider consulting one of the evaluation and reviewing sources on the Internet. -
III. Resultate – AICA	A. Inhalt	Was sind die Ergebnisse? Wie sind diese präsentiert? <i>Die Arbeit (Literaturzusammenfassung) wird in fünf Kapiteln präsentiert, dabei wird OV mit verschiedenen Konzepten beleuchtet:</i> Obstetric Violence: <i>OV manifestiert sich in unterschiedlichen Formen: Gefühle von Unfähigkeit, Frustration und Scham prägen die Frauen, wenn sie es «nicht schaffen» ohne medizinische Unterstützung zu gebären. Folglich ist OV nicht nur als Kritik an der medikalisierten Geburtshilfe zu verstehen, da dies zeigt, dass Frauen ebenfalls im Hebammenmodell Enttäuschung wahrnehmen können. Das Erleben von traumatischen Geburten ist teilweise damit zu erklären, dass sich Betroffene wie passive Teilnehmer ihrer Geburt fühlten. Dieses Gefühl wurde ihnen durch Gesundheitsfachpersonen vermittelt und durch sie unterstützt. «Other participants talked of feeling like a "lump of meat" or a "slab on a table" when describing the dehumanizing way in which they were treated during birth and described a total lack of acknowledgement of them as humans.» Medikalisierte Geburtshilfe objektifiziere Frauen, ignoriere ihre Autorität, ihre Fähigkeiten und der Sinn für ihre Individualität. Dabei muss OV darin von den Frauen nicht als Gewalt angesehen werden, denn das System funktioniert mit all jenen Abläufen; die Abläufe wurden normalisiert. Dies bedeutet weiter, dass sich die Gesundheitsfachpersonen der Gewalt, welche sie im normalisierten System ausüben, nicht immer bewusst sind. Moderne Medizin unterstützt und reproduziert männliche Werte (androzentrisch) und zeigt sich teilweise darin, dass weibliche Körper in der reproduktiven Phase und der Sexualität kontrolliert werden müssen. Resultierend darin, dass Frauen ihrem Körper nicht vertrauen; um bei der letzten Phase der Geburt aktiv mitzuschieben benötigen die Frauen die Zustimmung der Gesundheitsfachpersonen, um dem Gefühl des aktiven Mitpressens nachgeben zu können.</i> Birth Rape: <i>In mehreren Studien wird beschrieben, dass Gebärende den Begriff «Vergewaltigung unter der Geburt» verwendeten, um ihr Erlebnis von OV zu beschreiben. Gefühle von Entfremdung beim Erleben einer hochmedikalisierten Geburt werden beschrieben. Frauen verlieren jegliche Kontrolle über den eigenen Körper – werden ihrer Subjektivität beraubt, können über vorgehende Prozesse keine Entscheidung treffen – Mangel an informierter Entscheidung vor Durchführung von Abläufen. Der Wille der Frau wird mit autoritativem Handeln beantwortet und Aussagen wie «Ich bin der Experte/Expertin hier» legitimieren die Handlungen der Gesundheitsfachpersonen. (Lebowitz und Wigren. 2015): begründen in ihrer Arbeit die Verwendung des Begriffes «Vergewaltigung» im Zusammenhang mit OV. Vergewaltigungsopfer beschreiben ihre Erfahrung mit Angst, Hilflosigkeit, Scham, Sinnverlust, Verlust der eigenen Überzeugungen, Selbstvorwürfe, Schuld, Verrat, Vertrauensbruch, Isolierung und Entfremdung. Es seien dieselben Gefühle, welche Frauen beschreiben, die von OV betroffen sind.</i>

	<p>Why Is This Body Different from Other Bodies?: <i>In diesem Kapitel wird die Frage gestellt, weshalb die Objektifizierung des gebärenden Körpers eine andere Thematik darstellt als die Objektifizierung des Körpers in der Medizin generell. Grundsätzlich wird in der Medizin das Objektifizieren des Körpers primär gelehrt; die ersten Studien des Menschen werden am Leichnam durchgeführt, was die totale Passivität darstellt. Wenn nun ein Mensch untersucht wird, wird der gebeten sich hinzulegen und so in eine passive Form seiner selbst geht. Wenn dieser Mensch nun eine gebärende Frau ist, kommt die Komponente der Sexualität und der Kraft hinzu.</i></p> <p>Obstetric Violence: A View from Feminist Phenomenology: <i>Kurze Überleitung, weshalb OV im Sinne der feministischen Phänomenologie betrachtet werden sollte.</i></p> <p>«Throwing Like a Girl,» or the Domestication of Women's (Laboring) Bodies: <i>In diesem Kapitel wird OV mit einer phänomenologischen Ansicht betrachtet. Die zentralen Unterschiede zwischen Frau und Mann liegen in den kulturellen und sozialen Erwartungen und nicht in der sexuellen Biologie. Wobei diese Unterschiede von der Gesellschaft als natürlich wahrgenommen werden und somit nicht verändert werden können. Young beschreibt, dass Männer ihren Körper als leistungsvoll und kräftig wahrnehmen, sie sind eins mit ihrem Körper, können den Körper gebrauchen, um etwas zu erreichen; Frauen hingegen sind mehr getrennt vom Körper und der Kraft. Frauen sind verletzlich und in ständiger Gefahr verletzt zu werden, es wird nicht erwartet, dass Frauen mit dem Körper etwas erreichen oder körperlich arbeiten. Frauen werden gesellschaftlich dazu erzogen die eigene Körperfähigkeit zu unterschätzen. Das Wesen der Frau wird Objektifiziert und Frauen begegnen infolgedessen einer «lose/lose»-Situation: wenn sie die Objektifizierung annehmen, erleben sie eine Trennung von ihrem Körper und wenn sie sich gegen die Objektifizierung wehren, verlieren sie ihre Weiblichkeit und werden dann häufig ausgegrenzt oder (meist gewaltsam) zurück an ihren Platz gedrängt. Wenn diese Ansicht nun auf den gebärenden Körper übertragen wird, zeigt sich, dass der aktive, kreative, kraftvolle, offene Körper der Frau, der weder schüchtern noch schwach ist, der von der Gesellschaft nicht erwartet wird und zurück an den Platz gedrängt werden muss. Es ist der Körper, welcher von autoritativen Gesundheitsfachpersonen gezähmt wird, was sich in OV manifestiert. Dabei ist klar zu unterstreichen, dass dies nicht bedeutet, dass Gesundheitsfachpersonen dies bewusst anwenden. Sie werden eher ebenfalls als Opfer des patriarchalen Systems gesehen.</i></p>
B. Würdigung	<p>Wird das Phänomen ganzheitlich beleuchtet?</p> <hr/> <p>Die phänomenologische Analyse beleuchtet eine weitere Sichtweise, um das Phänomen zu erläutern. Der Anspruch an eine ganzheitliche Bearbeitung der Thematik stellt die phänomenologische Analyse nicht.</p> <hr/> <p>Leistet die Arbeit einen Beitrag zum besseren Verständnis des Phänomens?</p> <hr/> <p>Die Arbeit erscheint somit für die Beantwortung der Fragestellung relevant, da sie weitere Faktoren aufzeigt, welche das Phänomen beeinflussen können.</p>

(6) Jewkes und Penn-Kekana (2015) – CAIS (Engle & Cosgrave, 2011)

	Subject	Content Questions
I. Initial Appraisal	P. Author	What are the author's credentials--institutional affiliation (where he or she works), educational background, past writings, or experience? Is the book or article written on a topic in the author's area of expertise? You can use the various Who's Who publications for the U.S. and other countries and for specific subjects and the biographical information located in the publication itself to help determine the author's affiliation and credentials.
		<i>Rachel Jewkes works at 1 and 2, while Loveday Penn-Kekana works at 2 and 3.</i> <i>¹Gender & Health Research Unit, Medical Research Council, Pretoria, South Africa</i> <i>²School of Public Health, University of the Witwatersrand, Johannesburg</i> <i>³Maternal Health Group, Department of Infectious Diseases and Epidemiology, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom</i> <i>Hence, the article is written on a topic in the author's area of expertise.</i>
		Has your instructor mentioned this author? Have you seen the author's name cited in other sources or bibliographies? Respected authors are cited frequently by other scholars. For this reason, always note those names that appear in many different sources.
		<i>The sociological expert, who was contacted for the bachelor thesis, mentioned the present paper in his work.</i> Web of Science Search 06.02.2020: <i>Jewkes 259 publications, 12'927 times cited; Penn-Kekana 38 publications, cited 623 times.</i> <i>Paper (Mistreatment of Women in Childbirth): cited 18 times.</i>
	Q. Date of Publication	Is the author associated with a reputable institution or organization? What are the basic values or goals of the organization or institution?
		<i>The authors are associated with reputable organizations such as Universities.</i>
		When was the source published? This date is often located on the face of the title page below the name of the publisher. If it is not there, look for the copyright date on the reverse of the title page. On Web pages, the date of the last revision is usually at the bottom of the home page, sometimes every page.
		<i>June 30, 2015</i>
		Is the source current or out-of-date for your topic? Topic areas of continuing and rapid development, such as the sciences, demand more current information. On the other hand, topics in the humanities often require material that was written many years ago. At the other extreme, some news sources on the Web now note the hour and minute that articles are posted on their site.
		<i>Source is current; rather new since it shows the actual necessity of looking at the phenomenon.</i>
	R. Edition or Revision	Is this a first edition of this publication or not? Further editions indicate a source has been revised and updated to reflect changes in knowledge, include omissions, and harmonize with its intended reader's needs. Also, many printings or editions may indicate that the work has become a standard source in the area and is reliable. If you are using a Web source, do the pages indicate revision dates?
		<i>First edition.</i>

II: Content Analysis	S. Publisher	<p>Note the publisher. If the source is published by a university press, it is likely to be scholarly. Although the fact that the publisher is reputable does not necessarily guarantee quality, it does show that the publisher may have high regard for the source being published.</p> <hr/> <p><i>PLOS Medicine; Criteria for Publication</i> <i>PLOS Medicine is highly selective; approximately 10% of initial submissions ultimately progress to published articles.</i> <i>In this case, quality seems to be guaranteed.</i></p>
	T. Title of Journal	<p>Is this a scholarly or a popular journal? This distinction is important because it indicates different levels of complexity in conveying ideas. If you need help in determining the type of journal, see Distinguishing Scholarly from Non-Scholarly Periodicals. Or you may wish to check your journal title in the latest edition of Katz's Magazines for Libraries (Olin Ref Z 6941.K21, shelved at the reference desk) for a brief evaluative description.</p> <hr/> <p><i>Scholarly; open-access journal.</i></p>
	F. Intended Audience	<p>What type of audience is the author addressing? Is the publication aimed at a specialized or a general audience? Is this source too elementary, too technical, too advanced, or just right for your needs?</p> <hr/> <p><i>The authors address a tendentially specialized audience. The statements seem rather elementary but based on further literature. Hence it seems just right for the needs of the bachelor thesis.</i></p>
	G. Objective Reasoning	<p>Is the information covered fact, opinion, or propaganda? It is not always easy to separate fact from opinion. Facts can usually be verified; opinions, though they may be based on factual information, evolve from the interpretation of facts. Skilled writers can make you think their interpretations are facts.</p> <hr/> <p><i>Opinions based on factual information.</i></p>
		<p>Does the information appear to be valid and well-researched, or is it questionable and unsupported by evidence? Assumptions should be reasonable. Note errors or omissions.</p> <hr/> <p><i>The information appears with further literature; hence, it seems to be well-researched. It is supported by evidence.</i></p>
		<p>Are the ideas and arguments advanced more or less in line with other works you have read on the same topic? The more radically an author departs from the views of others in the same field, the more carefully and critically you should scrutinize his or her ideas.</p> <hr/> <p><i>The ideas are in line with other texts that were reviewed for the bachelor thesis.</i></p>
		<p>Is the author's point of view objective and impartial? Is the language free of emotion-arousing words and bias?</p> <hr/> <p><i>The authors don't mention anything concerning their objectivity.</i></p>
	H. Coverage	<p>Does the work update other sources, substantiate other materials you have read, or add new information? Does it extensively or marginally cover your topic? You should explore enough sources to obtain a variety of viewpoints.</p> <hr/> <p><i>The present work substantiates other material included in the bachelor thesis.</i></p>
		<p>Is the material primary or secondary in nature? Primary sources are the raw material of the research process. Secondary sources are based on primary sources. For example, if you were researching Konrad Adenauer's role in rebuilding West Germany after World War II, Adenauer's own writings would be one of many primary sources available on this topic. Others might include relevant government documents and contemporary German newspaper articles. Scholars use this primary material to help generate historical interpretations--a secondary source. Books, encyclopedia articles, and scholarly journal articles about Adenauer's role are considered secondary sources. In the sciences, journal articles and conference proceedings written by experimenters reporting the results of their research are primary documents. Choose both primary and secondary sources when you have the opportunity.</p> <hr/> <p><i>Secondary source.</i></p>

	I. Writing Style	Is the publication organized logically? Are the main points clearly presented? Do you find the text easy to read, or is it stilted or choppy? Is the author's argument repetitive? <i>The main points are clearly presented. The text is well-structured; paragraphs help the reader to follow the ideas of the author.</i>
	J. Evaluative Reviews	Locate critical reviews of books in a reviewing source, such as Book Review Index, Book Review Digest, OR ProQuest Research Library. Is the review positive? Is the book under review considered a valuable contribution to the field? Does the reviewer mention other books that might be better? If so, locate these sources for more information on your topic. -
		Do the various reviewers agree on the value or attributes of the book or has it aroused controversy among the critics? -
		For Web sites, consider consulting one of the evaluation and reviewing sources on the Internet. -
III. Resultate – AICA	C. Inhalt	Was sind die Ergebnisse? Wie sind diese präsentiert? <i>Jewkes und Penn-Kekana (2015) beschreiben in ihrer Arbeit in drei Absätzen Teilaspekte rund um die Thematik MoW. Einleitend gehen sie auf das Review von Bohren et al. (2015) ein, in welchem jene Forschungsgruppe für das Phänomen die Verwendung des Begriffes «MoW in childbirth» vorschlägt. Folgend wird beschrieben, dass eine länderübergreifende Studie durchgeführt werden sollte, um die Thematik in allen Facetten zu erfassen.</i> “Mistreatment of Women in Childbirth as a Subset of Violence against Women”: <i>MoW sollte als Gewalt gegen Frauen betrachtet werden, wie dies bereits in ebengenanntem Review hergeleitet wird. Gewalt gegen Frauen entsteht aufgrund von struktureller Genderungleichheit. Frauen sind in jener Struktur den Männern untergeordnet und werden als zweitrangig betrachtet, was die Schwelle zum Einsatz von Gewalt gegen sie senkt. Dieselben Machtstrukturen existieren teilweise im Gefälle zwischen Gesundheitsfachpersonen und Frauen, die in geburtshilflichen Settings betreut werden. Dabei wird die Position der Gesundheitsfachperson mit der des Mannes im sozialen System gleichgesetzt. Diese Annahme erklärt, dass Gesundheitsfachpersonen den Körper der Frau kontrollieren sollen und sie deshalb dazu berechtigt Gewalt an Frauen anzuwenden, um die Kontrolle zu erlangen. Hinzukomme, dass sich viele der Gesundheitsfachpersonen selbst entmächtigt und zweitrangig fühlen (tiefe Löhne, wenig Wertschätzung, häusliche Gewalt) und in ihrem Arbeitssetting Gewalt gegen Frauen anwenden, um die mangelnde Macht/Kontrolle in ihrem eigenen Leben zu kompensieren. Diese Herleitungen relativieren jedoch das missbräuchliche Verhalten, welches betroffene Frauen erleben, nicht.</i> “Power of Measurement”: <i>Forschung ist ein zentraler Aspekt, um das Verständnis von MoW zu stärken und auf die politische Agenda zu bringen. Wie Forschung durchgeführt wird, ist dabei sehr wichtig. Ungenügend geplante Umfragen, durchgeführt von schlecht ausgebildeten Forschungsteams, können zu einer voreingenommenen Einschätzung des Auftretens von MoW führen. Wissen über MoW, zum Umgang mit empathischen Interviews und Fähigkeit Betroffene zu unterstützen, sei von den Teams gefordert, damit sich Betroffene öffnen und von ihren Erfahrungen berichten können. Dies unterstreicht die Wichtigkeit von ethischen Richtlinien. Jewkes und Penn-Kekana (2015) gehen erneut auf das Review von Bohren et al. (2015) ein und wünschen sich eine klarere Definition des Phänomens. Sie schlagen vor dieses in zwei Dimensionen zu betrachten: Bewusste Anwendung von Gewalt (körperliche Gewalt, psychische Gewalt) zum einen und strukturelle Nichtachtung (ungenügende Infrastruktur/Personal-/Materialressourcen, unnötige Interventionen, Anspruchsstellung an gesetzeswidrige Zahlungen, Festhaltung in der Klinik bei offenen Rechnungen) zum anderen.</i>

	<p>“Development of Policy and Practice to Prevent Mistreatment of Women in Childbirth”: <i>Qualitative Forschung hilft das Verständnis von MoW fördern und somit Prävention in diesem Bereich zu stärken. Massnahmen für die Förderung sind auf mehreren Ebenen gefordert. Jewkes und Penn-Kekana (2015) zeigen auf, dass Gesundheitsfachpersonen Vorbilder benötigen, um das Auftreten von MoW verringern und einen respektvollen Umgang zu fördern. Erfahrungsorientiertes Lernen kann zeigen, dass die Arbeitszufriedenheit erhöht werden kann, wenn ein respektvoller Umgang gelebt wird. Den Gesundheitsfachpersonen darf nicht die Schuld an der gesamten Thematik gegeben werden, es soll eher konstruktiv an einer Verbesserung der Gesamtsituation gearbeitet werden. Zum Beispiel könnten Schwangere in der Geburtsvorbereitung in ihren Rollen und Rechten besser unterstützt und aufgeklärt werden. Weiter haben Studien gezeigt, dass Geburtsbegleitende das Auftreten von MoW mindern können, weshalb dies ebenfalls gefördert werden soll. Laut Jewkes und Penn-Kekana (2015) gibt es keinen Zweifel daran, dass die Kraft der Gesellschaft, mittels Politik und Normen, und das Gesundheitswesen das Auftreten von MoW mindern können.</i></p>
D. Würdigung	<p>Wird das Phänomen ganzheitlich beleuchtet?</p> <p><i>Die Resultate zeigen die Meinung der Expertinnen, welche einheitlich mit der verwendeten Literatur präsentiert wird. Ihre Meinungen sind eher subjektiv, lassen sich mit der verwendeten Literatur jedoch gut nachvollziehen.</i></p> <p>Leistet die Arbeit einen Beitrag zum besseren Verständnis des Phänomens?</p> <p><i>Die Herangehensweise fasst Teilaspekte von MoW gut zusammen und zeigt aus den Augen der Expertinnen die Wichtigkeit einzelner Punkte. Mittels zitierter Literatur lässt sich dann ein gutes Bild zum Verständnis des Themas darstellen.</i></p>

(7) Sadler et al. (2016) – CAIS (Engle & Cosgrave, 2011)

	Subject	Content Questions
I. Initial Appraisal	U. Author	<p>What are the author's credentials--institutional affiliation (where he or she works), educational background, past writings, or experience? Is the book or article written on a topic in the author's area of expertise? You can use the various Who's Who publications for the U.S. and other countries and for specific subjects and the biographical information located in the publication itself to help determine the author's affiliation and credentials.</p> <hr/> <p>Source: Sadler et al. (2016, S. 2)</p> <p>Michelle Sadler: Assistant Professor, Departamento de Antropología, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Correspondence: msadler@uchile.cl</p> <p>Mário JDS Santos: Research Assistant, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), CIES-IUL, Lisboa, Portugal</p> <p>Dolores Ruiz-Berdún: Assistant Professor in History of Science, Department of Surgery and Medical and Social Sciences, University of Alcalá, Alcalá de Henares, Spain</p> <p>Gonzalo Leiva Rojas: Assistant Professor, Escuela de Obstetricia y Puericultueira, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile</p> <p>Elena Skoko: Independent Researcher, Laboratorio Multimediale di Comparazione Giuridica, Dipartimento di Scienze Politiche, Università degli Studi "Roma TRE", Unità di Ricerca "Diritti Umani nella Maternità e Nascita", Roma, Italy</p> <p>Patricia Gillen: Head of Research and Development for Nurses, Midwives and AHPs, Southern Health and Social Care Trust, Belfast, United Kingdom; Lecturer, School of Nursing, Institute of Nursing and Health Sciences, Ulster University, Belfast</p> <p>Jette A. Clausen: Senior Lecturer, Metropolitan University College, Copenhagen, Denmark</p> <p>Article is in the area of the author's area of expertise.</p>
		<p>Has your instructor mentioned this author? Have you seen the author's name cited in other sources or bibliographies? Respected authors are cited frequently by other scholars. For this reason, always note those names that appear in many different sources.</p> <hr/> <p>Yes, Dr. Michael Gemperle discussed the Article in one of his presentations and it is mentioned in other literature that was reviewed.</p> <p>Web of Science Search 06.02.2020: Michelle Sadler has published 45 texts and was cited 1260 times. Mário JDS Santos has published 71 texts and was cited 501 times. The article itself was cited 51 time.</p>
		<p>Is the author associated with a reputable institution or organization? What are the basic values or goals of the organization or institution?</p> <hr/> <p>Most of the authors work at universities, one author is an independent researcher.</p> <p>The article is based upon work from COST Action IS1405 BIRTH: "Building Intrapartum Research Through Health – an interdisciplinary whole system approach to understanding and contextualising physiological labour and birth" (http://www.cost.eu/COST_Actions/isch/IS1405)</p>
	V. Date of Publication	<p>When was the source published? This date is often located on the face of the title page below the name of the publisher. If it is not there, look for the copyright date on the reverse of the title page. On Web pages, the date of the last revision is usually at the bottom of the home page, sometimes every page.</p> <hr/> <p>04.06.2016</p>

II: Content Analysis		<p>Is the source current or out-of-date for your topic? Topic areas of continuing and rapid development, such as the sciences, demand more current information. On the other hand, topics in the humanities often require material that was written many years ago. At the other extreme, some news sources on the Web now note the hour and minute that articles are posted on their site.</p> <p><i>The source is current for our topic.</i></p>
	W. Edition or Revision	<p>Is this a first edition of this publication or not? Further editions indicate a source has been revised and updated to reflect changes in knowledge, include omissions, and harmonize with its intended reader's needs. Also, many printings or editions may indicate that the work has become a standard source in the area and is reliable. If you are using a Web source, do the pages indicate revision dates?</p> <p><i>First edition.</i></p>
	X. Publisher	<p>Note the publisher. If the source is published by a university press, it is likely to be scholarly. Although the fact that the publisher is reputable does not necessarily guarantee quality, it does show that the publisher may have high regard for the source being published.</p> <p><i>Reproductive Health Matters by Elsevier Inc.</i></p>
	Y. Title of Journal	<p>Is this a scholarly or a popular journal? This distinction is important because it indicates different levels of complexity in conveying ideas. If you need help in determining the type of journal, see Distinguishing Scholarly from Non-Scholarly Periodicals. Or you may wish to check your journal title in the latest edition of Katz's Magazines for Libraries (Olin Ref Z 6941.K21, shelved at the reference desk) for a brief evaluative description.</p> <p><i>Elsevier is a scholarly publisher.</i></p>
	K. Intended Audience	<p>What type of audience is the author addressing? Is the publication aimed at a specialized or a general audience? Is this source too elementary, too technical, too advanced, or just right for your needs?</p> <p><i>Addressing different kinds of experts/ specialists. (Anthropologists, medical professions)</i></p> <p><i>The source is just right for the needs of the bachelor thesis.</i></p>
	L. Objective Reasoning	<p>Is the information covered fact, opinion, or propaganda? It is not always easy to separate fact from opinion. Facts can usually be verified; opinions, though they may be based on factual information, evolve from the interpretation of facts. Skilled writers can make you think their interpretations are facts.</p> <p><i>Opinion: plausible and validly presented and scientifically anchored.</i></p> <p>Does the information appear to be valid and well-researched, or is it questionable and unsupported by evidence? Assumptions should be reasonable. Note errors or omissions.</p> <p><i>Yes (many scholarly references)</i></p> <p>Are the ideas and arguments advanced more or less in line with other works you have read on the same topic? The more radically an author departs from the views of others in the same field, the more carefully and critically you should scrutinize his or her ideas.</p> <p><i>Yes, many ideas are also found in numerous other works.</i></p> <p>Is the author's point of view objective and impartial? Is the language free of emotion-arousing words and bias?</p> <p><i>Not explicitly mentioned in the work. The authors describe and justify their point of view.</i></p>
	M. Coverage	<p>Does the work update other sources, substantiate other materials you have read, or add new information? Does it extensively or marginally cover your topic? You should explore enough sources to obtain a variety of viewpoints.</p> <p><i>Yes, including primary sources and other renowned scientific texts.</i></p> <p><i>It covers the topic extensively and in a holistic manner.</i></p>

III. Resultate – AICA		<p>Is the material primary or secondary in nature? Primary sources are the raw material of the research process. Secondary sources are based on primary sources. For example, if you were researching Konrad Adenauer's role in rebuilding West Germany after World War II, Adenauer's own writings would be one of many primary sources available on this topic. Others might include relevant government documents and contemporary German newspaper articles. Scholars use this primary material to help generate historical interpretations--a secondary source. Books, encyclopedia articles, and scholarly journal articles about Adenauer's role are considered secondary sources. In the sciences, journal articles and conference proceedings written by experimenters reporting the results of their research are primary documents. Choose both primary and secondary sources when you have the opportunity.</p> <p><i>Secondary source.</i></p>
	N. Writing Style	<p>Is the publication organized logically? Are the main points clearly presented? Do you find the text easy to read, or is it stilted or choppy? Is the author's argument repetitive?</p> <p><i>Very organized text, easy to read and comprehend. New ideas and arguments are presented throughout the text. The text is not repetitive.</i></p>
	O. Evaluative Reviews	<p>Locate critical reviews of books in a reviewing source, such as Book Review Index, Book Review Digest, OR ProQuest Research Library. Is the review positive? Is the book under review considered a valuable contribution to the field? Does the reviewer mention other books that might be better? If so, locate these sources for more information on your topic.</p> <p>-</p> <p>Do the various reviewers agree on the value or attributes of the book or has it aroused controversy among the critics?</p> <p>-</p> <p>For Web sites, consider consulting one of the evaluation and reviewing sources on the Internet.</p> <p>-</p>
	E. Inhalt	<p>Was sind die Ergebnisse? Wie sind diese präsentiert?</p> <p>Nichtevidenzbasierte Praktiken</p> <ul style="list-style-type: none"> • In vielen Ländern (auch mit hohem Einkommen) wird häufig nicht aufgrund der besten verfügbaren Evidenzen praktiziert, eher aufgrund von lokalen Ansichten und professionellen oder organisatorischen Kulturen • Beispiele Episiotomie, nicht indizierte Sectiones (Rate höher als 10% keine Besserung der kindlichen und mütterlichen Mortalität) • Sectio-Rate erhöht in privaten Settings und für Frauen mit höherem Einkommen → Zusammenhang mit wirtschaftlichen Faktoren • Qualität der Informationen, welche Frauen für Entscheidungsfindung erhalten sollte hinterfragt werden <p>Respektlosigkeit und Misshandlung während der Geburt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dazu gehören: körperlicher Misshandlung, Betreuung ohne Zustimmung, nichtvertrauliche Betreuung, würdelose Betreuung, Diskriminierung aufgrund von Attributen der Patientin oder des Patienten, Abbruch der Betreuung und Festhaltung in Einrichtung • Oben genannte Aufzählung sei aber nicht vollständig • Bessere Definition: Interaktionen oder Zustände von Einrichtungen, worüber der örtliche Konsens besteht, dass sie als demütigend oder entwürdigend erachtet werden oder solche, die als ebendiese erlebt werden. • Bohrens sieben Kategorien von Misshandlung • Misshandlung kann auf der Ebene von Interaktion (Frau und versorgende Person) und auf der Ebene des Gesundheitssystems durch systemische Fehler in Gesundheitseinrichtungen entstehen • Gender als zentrales Element zur Konzeptualisierung von OV • OV hat Potential strukturelle Dimension der Gewalt in verschiedenen Formen von Respektlosigkeit und Misshandlung anzusprechen

OV als Gewalt gegen Frauen

- Konzept von OV erst seit kurzem im Aktivismus in Lateinamerika beliebt (Begriff im 19. Jh. Aufgetreten)
- Verankerung in Gesetzestexten in Venezuela (Bsp.)
- OV beschrieben als: entmenslichende Behandlung, Missbrauch von Medikalisierung und Pathologisierung von natürlichen Prozessen. Konsequenzen daraus sind Verlust von Autonomie und Möglichkeit der freien Entscheidung über eigenen Körper, Sexualität und beeinflussen die Lebensqualität negativ
- Konkret: verfrühte und inkompetente Aufmerksamkeit auf geburtshilfliche Notfälle → Einsetzen von folgenden Massnahmen ohne medizinische Indikation; Geburt in Rückenlage forcieren, frühe Bindung von Mutter und Kind verhindern, geburtsbeschleunigende Mittel anwenden, Sectio ohne informierte Einverständnis
- Ungleiche Position der Frau und Schwangeren in der Gesellschaft und im Gesundheitssystem
- OV als unsichtbare und naturalisierte Form von Gewalt gegen Frauen und Verletzung der Menschenrechte
- Anerkennung von Medikalisierung und Verletzung von sexuellen und reproduktiven Rechten
- OV zeigt weiter auf, dass entmenslichendes Verhalten in zeitgenössischer Ausbildung und Machtstrukturen gründet
- Platziert die Diskussion zur Misshandlung und Respektlosigkeit in einem weiteren Feld von strukturellen Ungerechtigkeiten und Gewalt gegen Frauen

Strukturelle Gewalt sichtbar machen

- OV soll zwingend als eigene Form von Gewalt analysiert werden und nicht mit anderen Formen von medizinischer Gewalt vermischt werden
- OV weist besondere Merkmale auf: feministisches Anliegen, Fall von Gender Gewalt, Gebärende Frauen sind im Prinzip gesund und nicht pathologisch, Wehen und Geburt können als sexuelles Ereignis umrahmt werden, OV wird häufig erlebt und als Vergewaltigung gedeutet
- Biomedizin S.50 (Foucault) häufig missachtetes System
- Diskrete Mechanismen als Form von struktureller Gewalt, unsichtbare Manifestationen von Gewalt, in die Gesellschaft integriert, produziert und reproduziert soziale Ungerechtigkeiten
- OV auf feministischer und öffentlich politischer Agenda, aber weitgehend unbeachtet durch Professionelle und Institutionen
- Konzept der informierten Entscheidung nur begrenzt: Duldung und wenig Wahlfreiheit
- Diskussion von OV sollte nicht auf Ebene von individuellem Behandlungsfehler geführt werden
- Gesundheitsfachpersonen sträuben sich den Begriff OV zu verwenden, da Gewalt gegen ihr Ethos geht → ausweichende Begriffe wie «humanising childbirth» etc. in den 90ern
- Veränderungen haben aber die Verwendung von Gewalt und Verletzung von Menschenrechten in der Debatte gebracht
- Es ist eine ausgedehntere Analyse des Phänomens OV mit Fokus auf kulturelle und soziale Dimensionen nötig: Verlagerung des Fokus Opfer – Schädigende zur Anerkennung allgegenwärtiger Sozialisierung von Männern und Frauen zu naturalisierten und so unsichtbaren Formen von Gewalt und Machtdynamiken zwischen den beiden Gruppen
- Machtstrukturen in Biomedizin eingebettet und reproduziert, sollte sichtbar gemacht werden
- Curriculum von Gesundheitsfachpersonen sollte auf der internationalen Agenda für OV stehen: Akzeptanz von Normen, korporative Disziplin und Bestrafung eine zentrale Rolle spielen, während emotionale Dimensionen von Betreuung vernachlässigt werden
- Schlechte Arbeitsbedingungen von Gesundheitsfachpersonen und die Konsequenzen mit Gewalt und zur Ausführung dieser sozialisiert zu werden als Form von Respektlosigkeit und Misshandlung
- Gesundheitsfachpersonen, welche OV ausgesetzt sind können sekundäre PTBS oder «compassion fatigue» entwickeln

	<p>Beitrag der Sozialwissenschaften</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beträchtliche Menge an Forschung zu medizinischem Management von Geburt als Spiegelung der asymmetrischen Gendermacht und als Prozess, indem weibliche Körper objektifiziert werden</i> • <i>Männliche medizinische Profession mit männlicher Physiognomie und Physiologie als Norm: Besondere Auswirkungen auf die Etablierung dieser medizinischen Fachrichtung, der Professionalisierung von Hebammen und der Frauengesundheit</i> • <i>Als Konsequenz wurde der weibliche Körper und dessen natürliche Prozesse als Abnormalitäten, Krankheiten oder Abnormalitäten dargestellt: männliche Normalisierung (Bsp.: Schwangerschaftssymptome, Diagnose einer SS, etc.)</i> • <i>OV in systematischer Gewalt und Geltungsbereich der Ziele verortet</i> • <i>Foucault: Macht in der Geburtshilfe durch normalisierende Institutionen und wie weibliche Körper objektifiziert und durch ihre Unterschiede und Abweichungen der männlichen Norm untersucht wurde</i> • <i>Weibliche Körper unter Geburt als potenziell entgegen Femininität wahrgenommen → Gewalt nötig, um sie zu beherrschen, Wiederherstellen der angeborenen femininen Unterwürfigkeit und Passivität</i> • <i>Werkzeug, um während Geburt undisziplinierte Körper zu disziplinieren, um wieder weiblich und objektifizierend zu machen</i> • <i>Geburtshilfe in Spitälern dargestellt durch Kette an patriarchalischen Kräften: Beteiligte versuchen Frau anzuleiten und zu kontrollieren, Spital versucht beide Mitglieder zu kontrollieren</i> • <i>Männliche symbolische Domination und weibliche symbolische Unterordnung nicht nur durch Gewalt ausgeübt, sondern hauptsächlich durch diskrete Mechanismen, welche in der normalen Ordnung der Dinge komplett naturalisiert sind: in der Gesellschaft eingebettet, im alltäglichen Leben mühselig reproduziert</i> • <i>Bourdieu: OV mehr als der alleinige Akt der Misshandlung, umgeben von sozial konstruierten symbolischen Bedeutungen</i> • <i>Kann implizieren, dass dies mit Zustimmung beider Parteien geschieht innert einer sozialen Beziehung, wo das gemeinsame Wissen die Gewalt nur als natürlichen, erwarteten und akzeptierten Teil des Lebens einrahmen lässt</i> • <i>Gewalt nicht bloss akzeptiert, sondern auch reproduziert und verstärkt von allen Involvierten</i> • <i>OV als bemerkenswert funktionsfähig, ein voreingenommenes Gendernarrativ in der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsversorgung zu verstärken und Mutterschaftsbetreuung zu strukturieren</i> • <i>Forschung, Politiken & Richtlinien, professionelle & akademische Ausbildung und soziale Bewegungen scheitern daran, die strukturellen Dimensionen anzusprechen, nehmen nur die Symptome der Mikro- und Mesoebene in Angriff aber nicht die Makroebenen Ursachen dieser Formen von Gewalt</i> • <i>OV als nützliches Konzept, kann uns helfen die Makroebenen Ursachen besser zu verstehen und hat das Potential, das Problem der zu häufig eingesetzten Interventionen, nichtzugestimmte Behandlungen und misshandelnde Praktiken neu zu definieren und neue Handlungsaufforderungen auszulösen</i> • <i>OV entspringt Basisbewegungen und repräsentiert die Stimmen der Frauen, sollte also zentral in der Diskussion sein</i> • <i>Genauere Definition des Konzepts nötig unter Betonung, dass das Phänomen in der strukturellen Dimension der Mutterschaftsbetreuung inhärent ist</i> <p>Zusammenfassend</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fokus weg von interaktiver Dimension von Respektlosigkeit und Misshandlung während Geburt hin zu ganzheitlicher Sichtweise eines globalen Problems</i> • <i>Phänomen als spezielle Form von Gewalt gegen Frauen, welche im Gesundheitssystem naturalisiert ist anzuerkennen bietet Möglichkeit von strukturellen Besserungen in der Mutterschaftsbetreuung</i> • <i>OV als Werkzeug, die internationale Agenda zu Respektlosigkeit und Misshandlungen während der Geburt neu zu gestalten</i> • <i>Beitrag zu Veränderung von Mutterschaftsbetreuung weltweit</i>
F. Würdigung	<p><i>Wird das Phänomen ganzheitlich beleuchtet?</i></p> <p>Ja.</p> <hr/> <p><i>Leistet die Arbeit einen Beitrag zum besseren Verständnis des Phänomens?</i></p> <p>Ja.</p>

Anhang D: Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen

(1) ICM (2014a):

Core Document

International Code of Ethics for Midwives

Preamble

The aim of the International Confederation of Midwives (ICM) is to improve the standard of care provided to women, babies and families throughout the world through the development, education and appropriate utilization of the professional midwife. In keeping with this aim, the ICM sets forth the following code to guide the education, practice and research of the midwife. This code acknowledges women as persons with human rights, seeks justice for all people and equity in access to health care, and is based on mutual relationships of respect, trust and the dignity of all members of society.

The code addresses the midwife's ethical mandates in keeping with the Mission, the International definition of the Midwife, and standards of ICM to promote the health and wellbeing of women and newborns within their families and communities. Such care may encompass the reproductive life cycle of the woman from the pre-pregnancy stage right through to the menopause and to the end of life. These mandates include how midwives relate to others; how they practise midwifery; how they uphold professional responsibilities and duties; and how they are to work to assure the integrity of the profession of midwifery.

The Code

I. Midwifery Relationship

- a. Midwives develop a partnership with individual women in which they share relevant information that leads to informed decision-making, consent to an evolving plan of care, and acceptance of responsibility for the outcomes of their choices.
- b. Midwives support the right of women/families to participate actively in decisions about their care.

- c. Midwives empower women/families to speak for themselves on issues affecting the health of women and families within their culture/society.
- d. Midwives, together with women, work with policy and funding agencies to define women's needs for health services and to ensure that resources are fairly allocated considering priorities and availability.
- e. Midwives support and sustain each other in their professional roles, and actively nurture their own and others' sense of self-worth.
- f. Midwives respectfully work with other health professionals, consulting and referring as necessary when the woman's need for care exceeds the competencies of the midwife.
- g. Midwives recognise the human interdependence within their field of practice and actively seek to resolve inherent conflicts.
- h. Midwives have responsibilities to themselves as persons of moral worth, including duties of moral self-respect and the preservation of integrity.

II. *Practice of Midwifery*

- a. Midwives provide care for women and childbearing families with respect for cultural diversity while also working to eliminate harmful practices within those same cultures.
- b. Midwives encourage the minimum expectation that no woman or girl should be harmed by conception or childbearing.
- c. Midwives use up-to-date, evidence-based professional knowledge to maintain competence in safe midwifery practices in all environments and cultures.
- d. Midwives respond to the psychological, physical, emotional and spiritual needs of women seeking health care, whatever their circumstances (non-discrimination).
- e. Midwives act as effective role models of health promotion for women throughout their life cycle, for families and for other health professionals.
- f. Midwives actively seek personal, intellectual and professional growth throughout their midwifery career, integrating this growth into their practice.

III. *The Professional Responsibilities of Midwives*

- a. Midwives hold in confidence client information in order to protect the right to privacy, and use judgment in sharing this information except when mandated by law.
- b. Midwives are responsible for their decisions and actions, and are accountable for the related outcomes in their care of women.
- c. Midwives may decide not to participate in activities for which they hold deep moral opposition; however, the emphasis on individual conscience should not deprive women of essential health services.
- d. Midwives with conscientious objection to a given service request will refer the woman to another provider where such a service can be provided.
- e. Midwives understand the adverse consequences that ethical and human rights violations have on the health of women and infants, and will work to eliminate these violations.
- f. Midwives participate in the development and implementation of health policies that promote the health of all women and childbearing families.

IV. Advancement of Midwifery Knowledge and Practice

- a. Midwives ensure that the advancement of midwifery knowledge is based on activities that protect the rights of women as persons.
- b. Midwives develop and share midwifery knowledge through a variety of processes, such as peer review and research.
- c. Midwives contribute to the formal education of midwifery students and ongoing education of midwives.

Adopted at Glasgow International Council meeting, 2008

Reviewed and adopted at Prague Council meeting, 2014

Due for next review 2020

(2) SHV (1994):

Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen

Der internationale Hebammenverband (International Confederation of Midwives) ICM hat zum Ziel, den Standard der Betreuung von Frauen, Säuglingen und Familien in der ganzen Welt durch Förderung, Ausbildung und entsprechenden Einsatz der professionellen Hebamme zu verbessern. Im Einklang mit seinem Ziel – Gesundheit für Frauen – und mit Ausrichtung auf die Hebammen gibt der ICM den folgenden Kodex bekannt, welcher als Grundlage für Ausbildung, Berufsausübung und Forschung der Hebammen dient. Dieser Kodex anerkennt die Frau als Person, strebt nach Gerechtigkeit für alle Menschen und setzt sich für eine allen zugängliche Gesundheitsversorgung ein. Der Kodex beruht auf gegenseitigem Respekt, Vertrauen und der Würde aller Mitglieder der Gesellschaft.

Der Ethik-Kodex

I Beziehungen der Hebamme

- A. Hebammen respektieren das Recht der Frau, informiert zu sein und auswählen zu können, und fördern deren Bereitschaft, die Verantwortung für die Entscheidungen zu übernehmen.
- B. Hebammen arbeiten mit Frauen und unterstützen deren Recht, sich aktiv an Entscheidungen betreffend ihre Betreuung zu beteiligen. Sie bestärken Frauen, bei Themen, welche die Gesundheit von Frauen und deren Familien in ihrer Kultur/ihrer Gesellschaft betreffen, für sich selbst zu sprechen.
- C. Hebammen, gemeinsam mit Frauen, arbeiten mit politischen Instanzen und geldgebenden Trägerschaften zusammen, um die Bedürfnisse der Frauen bezüglich Gesundheitsversorgung zu definieren und um sicher zu stellen, dass Beiträge – unter Berücksichtigung von Prioritäten und Verfügbarkeit – gerecht verteilt werden.
- D. Hebammen unterstützen sich gegenseitig in ihrer Berufsrolle und pflegen und fördern aktiv sowohl das eigene als auch das Selbstwertgefühl anderer.

- E. Hebammen arbeiten mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens zusammen, sie ziehen sie bei und überweisen ihnen Frauen, wenn deren Bedarf an Betreuung ihre Kompetenzen überschreitet.
- F. Hebammen anerkennen die wechselseitige Abhängigkeit der Menschen in ihrem Tätigkeitsbereich und sind aktiv bestrebt, Konflikte, die dabei auftreten können, zu lösen.

II Berufsausübung der Hebamme

- A. Hebammen sorgen für die Betreuung und Pflege von Frauen und Familien, die Kinder bekommen. Sie respektieren dabei die kulturelle Vielfalt und setzen sich gleichzeitig für die Abschaffung schädlicher Bräuche und Sitten innerhalb dieser Kulturen ein.
- B. Hebammen fördern realistische Erwartungen der Frauen auf die Geburt innerhalb ihrer Gesellschaft, mit der Mindesterwartung, dass keine Frau durch Empfängnis oder Geburt in Gefahr gebracht wird.
- C. Hebammen nutzen ihr berufliches Können und Wissen, um eine sichere Geburtshilfe in allen Umgebungen und Kulturen zu gewährleisten.
- D. Hebammen gehen bei den Frauen, die ihre Unterstützung suchen, auf deren psychologische, physische, emotionale und spirituelle Bedürfnisse ein, wie auch immer die Umstände sein mögen.
- E. Hebammen sind, was die Förderung der Gesundheit betrifft, Vorbilder für Frauen während ihres ganzen Lebenszyklus', für Familien und für andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens.
- F. Hebammen streben aktiv persönliche, intellektuelle und professionelle Weiterentwicklung während ihrer beruflichen Laufbahn an und integrieren diese fortlaufend in ihre Berufsausübung.

III Professionelle Verantwortung der Hebamme

- A. Hebammen behandeln Informationen der Frauen und Familien, die sie betreuen, vertraulich, um den Persönlichkeitsschutz zu wahren. Sie verlassen sich bei der Weitergabe dieser Informationen auf ihr Urteilsvermögen.

- B. Hebammen sind für ihre Entscheidungen, ihr Handeln sowie für die Konsequenzen, die daraus bei der Betreuung der Frauen entstehen können, verantwortlich.
- C. Hebammen können sich weigern, an Handlungen teilzunehmen, die ihrer innere moralischen Einstellung widersprechen, die Gewichtung ihrer persönlichen Einstellung soll Frauen jedoch nicht grundlegende Gesundheitsversorgung vorenthalten.
- D. Hebammen beteiligen sich an der Entwicklung und Durchführung von gesundheitlichen Massnahmen, welche die Gesundheit von allen Frauen und Familien, die Kinder bekommen, fördern.

IV Förderung des Wissens und Könnens und der Berufsausübung der Hebammen

- A. Hebammen stellen sicher, dass die Förderung ihres Wissens und Könnens auf Aktivitäten beruht, welche die Rechte der Frau als Person schützen.
- B. Hebammen entwickeln und verbreiten ihr Wissen und Können mittels verschiedenster Prozesse, wie beispielsweise gegenseitige Überprüfung und Forschung.
- C. Hebammen nehmen aktiv an der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Hebammen teil.

Angenommen vom Rat des Internationalen Hebammenverbandes (ICM Council) in Vancouver, Mai 1993.

Deutsche Übersetzung angenommen von der Delegiertenversammlung des Schweizerischen Hebammenverbandes SHV in Zürich vom 3. Mai 1994.